

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le

1882,

Par EUGÈNE FORFER

Né à Metz le 15 Mars 1852

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DU MANS

ÉTUDE SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES

Sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations et de leur traitement

PAR L'ANNEAU - PESSAIRE.

Président : M. BALL, professeur

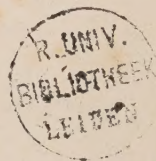
Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
LEGROUX, }
JOFFROY, } agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VITRY-LE-FRANÇOIS

Imprimerie de F.-V. Bitsch, grande rue de Vaux.

1882



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

30

Année 1882.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le

1882.

Par EUGÈNE FORFER

Né à Metz le 15 Mars 1852

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DU MANS

ÉTUDE SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES

Sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations et de
leur traitement

PAR L'ANNEAU - PESSAIRE.

Président : M. BALL, professeur

Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
LEGROUX, { agrégés.
JOFFROY, {

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

VITRY-LE-FRANÇOIS

Imprimerie de F.-V. Bitsch, grande rue de Vaux.

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen	M J. BECLARD.		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	SAPPEY.		
Physiologie.....	BÉCLARD.		
Physique médicale.....	GAVARRET.		
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.		
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.		
Pathologie médicale.....	JACCOUD.		
	PETER.		
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.		
	DUPLAY.		
Anatomie pathologique.....	CORNIL.		
Histologie.....	ROBIN.		
Opérations et appareils	LEFORT.		
Pharmacologie.....	REGNAULT.		
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.		
Hygiène.....	BOUCHARDAT.		
Médecine légale.....	BROUARDEL.		
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.		
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.		
	G. SÉE.		
Clinique médicale	LASEGUE		
	HARDY.		
	POTAIN.		
	PARROT.		
Maladies des enfants.....	BALL.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.		
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	CHARCOT.		
Clinique des maladies nerveuses.....	RICHEL.		
	GOSSELIN.		
Clinique chirurgicale	VERNEUIL.		
	TRÉLAT.		
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.		
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.		
Doyens honoraires : M. WURZ, M. VULPIAN.			
Professeurs honoraires : MM. le Baron J. CLOQUET et DUMAS.			
Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOCQUILLON.	HALLOPEAU.	MONOD	RICHELOT.
BOULLY.	HANRIOT.	OLLIVIER.	RICHEL.
BOURGOIN.	HENNINGER.	PEYROT.	STRAUS.
BUDIN.	HUMBERT.	PINARD.	TERILLON.
CADIAT.	JOFFROY.	POZZI.	TROISIER.
DEBOVE.	LANDOUZY.	RAYMOND.	
DIEULAFOY.	DE LANESSAN.	RECLUS.	
GAY.	LEGROUX.	BEMY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M.	FARABEUF.
Secrétaire de la Faculté.....		M.	PUFIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ERNEST.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MON FRÈRE AINÉ.

A MA PETITE NIÈCE MADELEINE.

A MON PETIT NEVEU LUCIEN.

AUX EXCELLENTES SŒURS DES HOPITAUX DU MANS.

Hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR BODEREAU

Chirurgien en chef des hôpitaux du Mans.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BALL.

A M. LE DOCTEUR DUMONTPALLIER

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

TRÈS-HONORÉ ET CHER MAÎTRE,

Voulez-vous permettre à un de vos élèves dévoués, de vous dédier cette thèse comme un faible témoignage du respect et de l'affection que vous lui avez inspirés. Vous avez guidé ses premiers pas dans l'étude si difficile de la médecine; et, par votre enseignement si élevé et à la fois si pratique, vous avez rendu cette étude attrayante à ses yeux. Pendant les six années qu'il a passées sous votre direction, vous avez toujours su l'intéresser et l'instruire; et si, dans l'avenir, il lui est donné de faire quelque bien, il le devra au maître excellent qui lui a constamment donné l'exemple de l'amour désintéressé de la vérité et de l'indépendance bien comprise du caractère.

Eug. FORFER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549920_0047

Des déviations utérines, des phénomènes réflexes consécutifs à ces déviations et de leur traitement par l'anneau pessaire.

INTRODUCTION.

J'avais à peine commencé mes études médicales, que mon attention fut appelée sur certains phénomènes nerveux qui se développent chez un grand nombre de femmes atteintes d'affections utérines. Je remarquai en outre que ce ne sont pas les affections aiguës de l'appareil génital, la pelvi-péritonite, l'hématocèle pelvienne, le phlegmon peri-utérin qui développent ces accidents; mais bien plutôt les affections chroniques, et parmi celles-ci, les déviations utérines et le prolapsus utérin.

En effet, dans les premières, les symptômes observés sont surtout locaux, avec la réaction générale que provoquent à leur suite toutes les phlegmasies, quelque en soit le siège; les secondes, au contraire, n'ont pas seulement une action locale, mais exercent encore sur le système nerveux une action spéciale, et déterminent, par l'intermédiaire du grand sympathique, des phénomènes de la plus grande variété, quant au siège et à la forme, analogues à ceux que l'on observe dans certaines névroses.

Tantôt, il arrive que ces symptômes réflexes font entièrement défaut; tantôt, ce sont les troubles locaux

qui manquent, tandis qu'apparaissent, loin du petit bassin, dans les différents organes de l'économie, des névralgies, des paralysies, des convulsions épileptiformes. Une femme vient consulter un médecin, pour une névralgie par exemple ; elle ne se plaint d'ailleurs en aucune façon de l'utérus. On l'interroge, on l'examine, on reconnaît un léger degré d'abaissement. Si l'on redresse l'utérus à l'aide d'un appareil convenable, si on lui fait reprendre les rapports qu'il affecte normalement avec les organes voisins, on voit disparaître rapidement la névralgie dont le point de départ était la chute de la matrice.

Tantôt enfin, les déviations utérines sont absolument indolentes, et n'apportent aucun trouble dans l'exercice des fonctions de l'organisme. Ne sait-on pas en effet que telle femme porte impunément sa matrice tout entière hors de la vulve, sans en ressentir d'autre gêne que celle qui résulte de la présence entre les cuisses de ce corps étranger ?

On dira, sans doute, que ces accidents réflexes que je signale, ne s'observent que chez les femmes nerveuses, et qu'ils sont dus à l'hystérie. On lit, en effet, dans les livres, que les affections utérines s'accompagnent, chez les femmes hystériques, de divers troubles réflexes qui se rattachent à la prédisposition du sujet; que, d'ailleurs, ces phénomènes préexistent à l'affection utérine et qu'ils la suivent : en un mot, on ne voit là que des accidents concomitants, sans admettre une relation de cause à effet. Je ne nie pas que dans un certain nombre de

cas il en soit ainsi ; mais il n'en est pas moins exact que dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense généralement , on recherche en vain des symptômes nerveux antérieurs à la lésion de l'utérus . Et cela est tellement vrai, que si l'on remédie à l'état de choses local, ces phénomènes réflexes, dont le point de départ se trouve dans le petit bassin, disparaissent en même temps que la cause déterminante, l'affection utérine, ou peu de temps après.

Ainsi donc, jusqu'à présent, les différents auteurs qui se sont occupés des maladies de l'utérus, ont rapporté à l'hystérie les accidents réflexes qu'on observe dans les déplacements de la matrice. Pour eux, il n'y a qu'une simple coïncidence entre les troubles nerveux et l'affection génitale, qui évoluent, chacun de leur côté, sans action l'un sur l'autre. J'espère démontrer que ces assertions ne sont pas toujours exactes.

Cependant , mon excellent maître , M. le docteur Dumontpallier, a signalé, il y a plusieurs années déjà, ces troubles nerveux, et les a rattachés à leur véritable cause. Dans deux conférences qu'il a faites dans le service de M. le professeur Lasèque, en 1877, il a tracé à grands traits l'histoire et le traitement des déviations utérines et des manifestations nerveuses qui en sont la conséquence. Dans ses leçons journalières à l'hôpital Saint-Antoine et à la Pitié , il n'a jamais manqué de nous montrer la relation qui existe entre les unes et les autres. Et le grand nombre de femmes qui se sont levées, *guéries*, du lit à spéculum , disent assez combien ces

idées s'accordent avec l'observation clinique.

Je trouve encore les troubles nerveux réflexes des déviations utérines signalés dans la thèse du docteur Gén^y (1) qui n'a fait, je le répète, que les signaler, car il s'est occupé surtout des symptômes locaux et du traitement. Mon ami, le docteur Boussi, ancien interne des hôpitaux de Paris, les a notés également (2) mais il a tiré de ses observations des conclusions que je me réserve de discuter, quand il en sera temps.

J'ai donc l'intention de présenter aujourd'hui le résultat de plusieurs années d'études sur cette partie si importante de la gynécologie. Je voudrais faire ressortir que les déviations et les déplacements utérins exercent sur le système nerveux une influence incontestable et toute spéciale; qu'ils peuvent être la cause de phénomènes nombreux, identiques au fond, variables quant à la forme; phénomènes qui ne se produisent que chez des femmes prédisposées, je l'accorde, mais qui suivent la destinée de l'affection génitale qui en est la cause déterminante.

Je diviserai mon travail en trois parties. Dans la première, je rappellerai quelques détails anatomiques sur le petit bassin; les rapports que l'utérus affecte normalement avec les ligaments ronds, les ligaments larges et utéro-sacrés, le vagin, la vessie, le rectum; les nouveaux rapports que l'organe déplacé contracte avec

(1) De l'emploi de l'anneau pessaire dans les rétroversions et les abaissements de l'utérus. Paris, 1877.

(2) Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines. Paris, 1880.

les parties voisines et qui constituent le prolapsus à ses différents degrés, l'anteversion, la rétroversion, etc.

La seconde partie sera consacrée à la symptomatologie. J'aurai à montrer l'action que l'utérus déplacé exerce sur la vessie, le rectum, le plexus sacré. Dans ces cas, les symptômes sont directs, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'expliquer par la compression. Ensuite, je décrirai les différents troubles réflexes qu'on peut observer dans les diverses parties de l'organisme, et qui sont des névralgies, des paralysies, des contractures, des convulsions épileptiformes.

Enfin, je traiterai dans la troisième partie de l'Étiologie, du Diagnostic et du Traitement des déviations utérines par l'application des pessaires.

PREMIÈRE PARTIE.

Anatomie du petit bassin. Versions et Flexions utérines.
Prolapsus. Innervation de l'utérus.

L'utérus est suspendu dans la cavité du petit bassin, entre la vessie qui répond à sa face antérieure et le rectum qui regarde sa face postérieure. Six ligaments concourent à le maintenir en équilibre, et, c'est à leur disposition même, qu'il doit de posséder, à l'état normal, une certaine mobilité.

Les ligaments larges dont les trois ailerons contiennent les annexes de l'utérus, fixent cet organe par ses bords droit et gauche aux parties latérales du petit bassin, et l'empêchent de s'incliner latéralement. Ces ligaments, formés par un repli du péritoine, renferment dans leur intérieur des fibres musculaires lisses qui vont se perdre sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus ; ils semblent donc avoir un double rôle, actif et passif, sur cet organe dont ils suivent, du reste, les modifications physiologiques, dans la grossesse, par exemple.

Le ligament rond qui va se fixer au pubis et le ligament utéro-sacré qui s'attache aux parties latérales de la colonne sacrée, limitent le renversement de l'utérus en arrière et en avant. Ces ligaments, comme le ligament large, renferment dans leur constitution une certaine quantité de fibres musculaires lisses qui en sont des agents actifs ; aussi, comprend-on pourquoi certains

médecins, en vue de remédier au relâchement ligamenteux qui accompagne les déplacements et les chutes de matrice, avaient proposé d'appliquer l'électricité pour combattre ces infirmités.

D'autres organes, et en particulier le vagin, servent encore, mais indirectement, à maintenir l'utérus dans sa position normale. Par ses adhérences aux parties voisines, ce conduit musculaire s'oppose, jusqu'à un certain point, à l'abaissement de la matrice. Les rapports anatomiques du vagin, en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum, sont tels que, dans les chutes complètes, on voit ces organes accompagner l'utérus dans son déplacement. Toutefois, ces rapports sont moins intimes avec le rectum qu'avec la vessie.

Pour en finir avec les moyens de fixité, le périnée, par sa structure aponévrotique et musculaire, s'oppose dans l'état physiologique au déplacement des divers organes contenus dans le petit bassin (1).

On voit, par ce rapide exposé, que l'intégrité des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, est la condition essentielle qui permet à l'utérus de conserver ses rapports normaux avec les organes voisins. « Leur influence sur la situation et la direction de l'utérus est très-grande, mais seulement chez les jeunes filles et les jeunes femmes qui n'ont pas encore été mères; car la grossesse, et surtout les grossesses répétées, ont pour effet de les allonger (2) ». On verra, en effet, lorsque je traiterai de l'étiologie des déviations utérines, que les causes les plus puissantes qui concourent à déplacer ou à abaisser la matrice, sont précisément la grossesse et l'accouchement.

(1) Bulletin général de thérapeutique... Conférences faites à la Pitié par le docteur Dumontpallier. — Paris 1877.

(2) Sappey. Traité d'Anatomie descriptive.

Ainsi donc, les altérations pathologiques ou physiologiques des ligaments qui maintiennent l'utérus en place diminuent leur résistance et prédisposent aux déplacements ultérieurs qui sont si fréquents et si variés.

Les déviations utérines peuvent porter sur la totalité de l'organe : ainsi l'anteversion, la retroversion, la latéroversion sont constituées par un mouvement de bascule en avant, en arrière ou sur les côtés de l'organe tout entier, corps et col ; c'est ce qui explique combien sont nombreux et complexes les troubles locaux que déterminent ces nouveaux rapports de l'utérus avec la vessie, le rectum, le plexus sacré.

Les déviations peuvent ne porter que sur une partie de l'organe utérin. Dans l'anteflexion et la retroflexion, le col conserve son axe normal, tandis que le corps se courbe, s'infléchit sur le col, soit en avant, soit en arrière, soit même sur les côtés. Toutefois, je dois ajouter que les flexions sont infiniment plus rares que les versions ; que, d'ailleurs, le mécanisme de leur production est assez obscur, et les moyens de traitement plus limités.

De toutes ces lésions, la retroversion est sans contredit la plus fréquente : c'est à elle que le médecin aura le plus souvent à s'adresser. La grossesse et les congestions de toutes sortes en sont des causes actives. Dans les premiers mois de la grossesse, ce déplacement est la règle ; le développement de l'utérus se faisant d'abord par son fond et sa face postérieure, y prédispose d'une manière toute particulière. Bien plus, dans l'état de vacuité, l'utérus présente une tendance naturelle à se renverser en arrière (1).

(1) Jacquemier. — Traité des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. — Paris 1846.

Enfin, le déplacement utérin le plus remarquable, celui qui entraîne après lui les désordres les plus considérables, c'est le prolapsus utérin, que l'on appelle encore procidence de l'utérus ou chute de matrice.

Les prolapsus comprennent trois degrés : dans le premier degré, l'utérus est à un, deux ou trois centimètres de l'anneau vulvaire ; dans le second degré, le col utérin est en contact avec la face postérieure de la vulve ; dans le troisième degré, l'utérus a franchi la vulve en partie ou en totalité : ce sont ces cas qui s'accompagnent d'ordinaire de cystocèle et de rectocèle. La vessie entraînée peut subir un tel déplacement que l'urèthre a une direction inverse de la direction normale, et, lorsque la cathétérisme vésical est nécessaire, c'est de haut en bas et d'arrière en avant, qu'il faut diriger la sonde pour entrer dans la vessie. Enfin, le segment antérieur du rectum peut former une véritable hernie extra-vulvaire, un cul de sac où les matières fécales s'accumulent quelquefois. Telles sont les différentes infirmités qu'entraîne souvent après lui le prolapsus utérin ⁽¹⁾.

INNERVATION DE L'UTÉRUS. — Les nerfs de l'utérus ont été autrefois mis en doute par quelques anatomistes, probablement parce que ces nerfs sont très-grêles et peu développés dans l'état de vacuité de la matrice. Mais les recherches qui ont été faites sur ce sujet par Velpeau, Ludovic Hirschfeld, Sappey, Rendu, ne permettent plus de contester leur existence. L'utérus est, au contraire, très-riche en filets nerveux qui proviennent à la fois du grand sympathique et de l'axe cérébro-spinal.

(1) Bulletin de thérapeutique, loc. cit.

Les premiers sont de beaucoup les plus nombreux, et tirent leur origine de deux points différents :

1^o du plexus ovarique, formé lui-même des filets du plexus rénal, donnant deux ou trois filets qui accompagnent les vaisseaux ovariques et qui se distribuent aux ovaires, aux trompes et aux angles de l'utérus ; 2^o du plexus hypogastrique, fourni par les nerfs splanchniques lombaires. Un grand nombre de filets du plexus hypogastrique se portent en avant et se réfléchissent en haut sur les côtés de l'utérus ; quelques-uns suivent le trajet des artères utérines, et s'anastomosent avec des filets fournis par le plexus ovarique ; le plus grand nombre n'ont aucun rapport avec les vaisseaux. Les filets du plexus hypogastrique se partagent entre l'utérus et le vagin en prenant des directions différentes ; quelques-uns vont à la vessie. Les nerfs utérins qui proviennent de l'axe cérébro-spinal sont fournis par les branches antérieures du plexus sacré ; le plus grand nombre de ces filets vont se rendre dans le plexus hypogastrique et s'y anastomosent, de manière qu'à leur sortie les deux ordres de nerfs paraissent confondus. D'autres se portent, sans s'anastomoser, sur les parties latérales du corps, sur le col, le vagin et sur la vessie. Les filets qui viennent directement du plexus sacré sont en plus grand nombre pour le vagin que pour l'utérus.

Il est extrêmement difficile de suivre les filets nerveux dans le tissu de la matrice, au delà de la couche la plus superficielle. M. Rendu a signalé cette difficulté et la possibilité de prendre pour les nerfs, des filaments musculaires très-déliés. Il a vu, en effet, sur l'utérus à l'état de vacuité, plusieurs filets nerveux réunis, prendre une

apparence rubanée qui disparaît pendant la grossesse par leur écartement.

La question des nerfs de l'utérus est donc aujourd'hui jugée. Peut-être, pourrait-il rester encore dans l'esprit un doute sur l'innervation du col. Suivant Jobert, en effet, le col, insensible à l'action du fer rouge et aux dégénérescences organiques, serait dépourvu de nerfs. Mais d'après Velpeau, les branches sacrées fourniraient des rameaux qui se distribueraient au col de l'utérus. De plus, M. Ludovic Hirschfeld, juge ainsi la question :

« S'il m'est permis de conclure de mes propres recherches, je dirai que le col, aussi bien que le corps de l'utérus, est pourvu d'un système nerveux émané des nerfs de la vie organique et de ceux de la vie de relation, mais principalement des premiers (1). » Enfin, M. Boulard a suivi un filet nerveux dans la lèvre antérieure du museau de tanche.

De toutes ces considérations, il résulte que l'utérus est abondamment pourvu de nerfs et surtout de nerfs de la vie organique. Ce seul fait permet de préjuger de l'action puissante que vont exercer sur le système du grand sympathique, et, par son intermédiaire, sur les différents organes, les déviations utérines et le prolapsus utérin.

(1) Névrologie ou Description et Iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme par MM. Ludovic Hirschfeld et Léveillé. — 1851 et 1852.

DEUXIÈME PARTIE.

Symptomatologie.

SECTION I. *Action des déviations utérines sur les organes voisins ou symptômes directs.*



Les troubles locaux déterminés par les déviations utérines sont analogues à ceux que provoque toute tumeur abdominale ou pelvienne, qui, par sa présence, s'oppose au fonctionnement régulier des organes avec lesquels elle est en rapport. Ce sont donc des phénomènes de compression que j'ai à étudier. Je le ferai le plus brièvement possible, d'autant que la plupart de ces phénomènes sont connus, quant au mécanisme de leur production et aux symptômes qui en sont la conséquence.

CHAPITRE I.
Action sur la vessie.

L'utérus en anteversion comprime la vessie, et s'il est augmenté de volume et abaissé, le canal de l'urèthre, comme le fait, par exemple, une hématocele pelvienne qui, lorsqu'elle est volumineuse, porte cet organe tout entier en avant, derrière la symphyse pubienne. Toutefois, dans l'anteversion, c'est le corps seul de l'utérus qui est porté en avant, tandis que le col est dirigé en arrière.

Le plus souvent, dans le cas d'anteversion simple, les troubles du côté de la vessie consistent en douleurs siégeant derrière les pubis, en envies fréquentes d'uriner; l'acte de la miction peut être renouvelé jusqu'à vingt ou trente fois par jour. L'irritation que provoque l'utérus sur la vessie, rend compte de ces accidents. Mais si l'utérus en anteversion est augmenté de volume et abaissé, la rétention des urines peut être la conséquence de ce déplacement, car cet organe comprime directement le canal de l'urèthre. Toutefois, elle est bien moins absolue que dans la maladie que j'ai prise plus haut comme exemple, probablement parce que la pression intravésicale devient bientôt, avec l'aide des muscles abdominaux, supérieure à la résistance qu'oppose le corps utérin. La miction est gênée, plus difficile qu'à l'état normal, mais la fonction n'est pas entièrement abolie. Pas une seule fois, en effet, je n'ai observé de rétention complète due à la seule compression du canal de l'urèthre. Je ne nie pas que cette complication puisse accompagner l'anteversion, mais d'autres éléments entrent alors en jeu : le spasme du col vésical produit par l'irritation que cause le voisinage de l'utérus,

ou la paralysie de la fibre musculaire de la vessie, consécutive à cette irritation.

Observation. — Augustine P..., 22 ans, salle Sainte-Marie, n° 5, Hôtel-Dieu du Mans, (service de M. le docteur Lejeune), juin 1882. — Depuis sa dernière couche, c'est-à-dire, depuis dix-huit mois, cette malade se plaint de douleurs continuelles dans le bas ventre et dans les jambes. Il y a une huitaine de jours, la miction est devenue difficile, puis peu à peu impossible, et le cathétérisme vésical est nécessaire: celui-ci est d'ailleurs assez facile à pratiquer. Lorsque la vessie est vide, je constate par le palper abdominal la présence de l'utérus plus volumineux qu'à l'état normal, derrière les pubis: son fond déborde légèrement la partie supérieure de la symphyse. Le toucher vaginal me permet de reconnaître une anteversion de l'utérus, à laquelle je remédiai par l'application d'un anneau-pessaire. Les douleurs dont se plaignait depuis si longtemps la malade disparurent rapidement; mais la rétention des urines persista encore pendant quelques jours, puis finit par disparaître également.

J'ai cru pouvoir rattacher la rétention des urines chez cette malade, soit à une contracture du col vésical, soit à une paralysie de la vessie, qui se sont produites, l'une ou l'autre, par action réflexe. Si la compression seule avait déterminé la rétention, celle-ci aurait cédé, aussitôt après l'application du pessaire qui avait rendu à l'utérus sa direction normale. D'autre part, cette complication n'ayant pas tardé à disparaître après la cause qui l'avait produite, il était naturel de la rattacher à une action réflexe, sur laquelle j'aurai d'ailleurs à revenir plus loin.

La retroversion peut agir sur la vessie de la même manière que l'anteversion, avec cette différence que c'est le col de l'utérus qui, dans ce cas, est l'agent de la compression. La rétention des urines n'est pas plus absolue qu'elle ne l'est dans l'anteversion : souvent même il n'existe aucun trouble du côté de la vessie. Cela tient à ce que l'utérus, s'il n'est pas augmenté de volume, n'est pas assez long pour occuper toute l'étendue du diamètre antéro-postérieur du petit bassin, suivant lequel il est placé ; aussi, la difficulté apportée dans l'émission des urines est-elle un symptôme rare de la retroversion simple. On comprend, au contraire, pourquoi ce déplacement, qui est la règle dans les premiers mois de la grossesse, détermine la rétention plus ou moins complète des urines : l'utérus, par suite de son développement, devient bientôt assez long pour occuper tout le diamètre antéro-postérieur de l'excavation pelvienne, et la miction n'est quelquefois possible qu'à l'aide du cathétérisme.

Quant au prolapsus utérin, il ne devient une cause de rétention, que dans les cas de chute complète, c'est-à-dire, lorsque la matrice a franchi l'anneau vulvaire, en entraînant avec elle la vessie. Le canal de l'urèthre, en effet, recourbé sur lui-même, s'oppose plus ou moins à l'émission spontanée des urines. Aussi les malades affligées de cystocèle, sont-elles obligées, pour rendre la miction moins pénible, de se livrer à différentes manœuvres qui ont pour but de redresser le canal uréthral. Les unes compriment la tumeur extra-vulvaire avec la main, la réduisent, si la réduction est possible. D'autres choisissent les positions les plus bizarres, mais qui leur paraissent les plus commodes pour arriver à leurs fins. Quelquefois, le cathétérisme est absolument nécessaire, et, dans ce

cas, il faut avoir soin de diriger le bec de la sonde de haut en bas, et d'arrière en avant.

Ainsi les troubles que l'on observe du côté de la vessie chez les femmes atteintes de déviations ou de déplacements utérins, sont dûs à la compession, à la flexion du canal de l'urèthre, à la hernie de la vessie ou cytocèle. Ils consistent dans la gêne de la miction ; dans la rétention complète ou incomplète des urines. Enfin, les malades éprouvent des sensations d'embarras, de pesanteur dans la région hypogastrique, sensations qui sont vraisemblablement dues à la réplétion de la vessie et à la congestion de la matrice.

CHAPITRE II.
Action sur le rectum.

Dans la dernière partie de son trajet, le rectum repose sur la concavité du sacrum et le premier effet des déviations utérines, de la retroversion en particulier, est de s'opposer plus ou moins complètement à l'émission des matières fécales. Toutefois, il faut noter ici que les femmes sont particulièrement prédisposées à la constipation, sans qu'aucune lésion de l'utérus ou de ses ligaments suspenseurs y prenne la moindre part. Un grand nombre de femmes, en effet, par suite de leur genre de vie, par paresse, ou pour toute autre cause, négligent d'aller à la garde-robe, même lorsque le besoin les invite à s'y présenter. La partie inférieure du rectum se dilate ; les fèces s'accumulent dans cette sorte de poche ; elles n'excitent plus la contractilité des fibres musculaires qui deviennent paresseuses, et la constipation est opiniâtre. Il en résulte certains troubles locaux et généraux pour lesquels le médecin est souvent consulté. Combien de fois ne nous a-t-il pas été donné de pratiquer le toucher vaginal dans ces conditions, et de trouver une ampoule rectale considérablement distendue, qui faisait hernie dans le vagin et qui ne pouvait disparaître qu'à l'aide de lavements énergiques !

Quoi qu'il en soit de cette fâcheuse habitude, les déviations utérines amènent directement la constipation par suite de l'obstacle qu'oppose le corps de l'utérus à la progression des matières fécales. Aussi, est-ce dans la retroversion que l'on observe le plus souvent cette complication : le corps de l'utérus repose directement sur la paroi antérieure du rectum qui s'affaisse, et l'obstacle est ainsi créé. Les malades se plaignent alors

d'une constipation opiniâtre, dont elles restent affligées, tant que l'on ne remédie pas à cet état de choses. Elles font en vain les plus grands efforts ; elles sont obligées de prendre lavements sur lavements, et il y a telles femmes qui, depuis plusieurs années, en sont réduites, chaque fois qu'elles veulent aller à la garde-robe, à employer ce moyen toujours très-désagréable.

L'anteversion ne produit pas une constipation aussi absolue. C'est le col, en effet, qui dans ce déplacement porte sur la paroi antérieure du rectum. Il ne présente pas assez de volume pour créer un obstacle aussi complet que le corps dans la retroversion, surtout lorsque ce dernier est augmenté de volume. Il peut y avoir de la gêne dans l'émission des matières fécales, il n'y a pas de constipation vraie, si ce n'est dans le cas d'inertie du rectum auquel je faisais allusion au début de ce chapitre.

Il n'en est pas de même du prolapsus utérin, surtout du prolapsus au troisième degré, lorsqu'il est accompagné du rectocèle. L'utérus, dans sa chute, entraîne souvent avec lui la paroi antérieure du rectum, qui, en vertu de son élasticité, se dilate et finit par constituer une hernie extra-vulvaire à laquelle la paroi postérieure ne prend presque pas de part. C'est dans cette poche que s'accumulent les matières fécales. L'acte de la défécation est alors d'autant plus difficile, que les matières, pour reprendre leur cours naturel, doivent franchir de nouveau l'anneau vulvaire, progresser en arrière, pour être enfin expulsées spontanément, ou à l'aide de lavements. Lorsque la hernie est réduite, et maintenue bien réduite, les inconvénients sont à peu près nuls ; mais, si elle ne l'est pas, elle devient une cause permanente de gêne, de ténésme, de sensations douloureuses dont les malades sont fort incommodés.

CHAPITRE III.

Action sur le plexus sacré, Névralgie sciatique.

Le plexus sacré, situé tout entier dans la cavité du petit bassin, est en rapport immédiat, en dedans avec les trous sacrés antérieurs, en dehors avec la grande échancrure sciatique; en arrière avec le muscle pyramidal, en avant avec le rectum. Ces rapports étant donnés, il est naturel de rapporter aux déviations utérines, quand elles existent, la névralgie du plexus sacré et celle de sa branche terminale, le nerf grand sciatique. Ce point d'ailleurs n'est mis en doute par personne, et, si l'on admet que l'impression du froid, le névrome, le cancer, le rhumatisme, la goutte, la syphilis peuvent être la cause de la névralgie du plexus sacré, on sait aussi que les tumeurs des organes abdominaux et pelviens, les tumeurs stercorales, les engorgements ganglionnaires, la grossesse, les déviations utérines en sont également une cause puissante et agissent directement sur cet important plexus nerveux.

Toutes les déviations utérines n'ont pas la même action sur le plexus sacré. Il est rare d'observer la névralgie sciatique dans l'anteversion, à moins qu'elle ne soit produite par action réflexe. Comme je l'ai dit en effet dans un précédent chapitre, si l'utérus n'est pas augmenté de volume, il n'occupe pas tout le diamètre antéro-postérieur de l'excavation pelvienne, et le col, qui est porté en arrière, ne peut atteindre jusqu'au plexus sacré. Il n'en est plus de même si l'utérus est devenu plus volumineux, si le col a subi ce qu'on appelle *l'allongement hypertrophique*.

Dans ce cas, le plexus sacré peut être directement comprimé, et la névralgie se développe.

Le prolapsus à ses différents degrés ne semble pas agir davantage sur le plexus lui-même ; mais les branches qui émergent du bassin peuvent être tirillées, comprimées, et, par suite, elles deviennent le siège de névralgies plus ou moins douloureuses.

Lorsque l'utérus est en retroversion, il repose sur le rectum, efface sa cavité et exerce une compression médiate, mais puissante, sur le plexus sacré de l'un ou de l'autre côté. Telle est vraisemblablement la cause de la sciatique que l'on observe dans les premiers mois de la grossesse, alors que la retroversion de l'utérus est très-accentuée.

La névralgie peut être généralisée à tout le nerf sciatique, y compris le plexus d'où il émerge, ou limitée à une de ses branches. Elle donne lieu à une sensation douloureuse profondément située dans le petit bassin, à un sentiment de gêne et d'engourdissement dans la cuisse et la jambe malades. La douleur plus ou moins aiguë suit habituellement le trajet du nerf lésé, et siège, par conséquent, à la partie postérieure de la cuisse avec des irradiations douloureuses suivant les branches collatérales. Quelquefois, on a affaire à une sciatique type, c'est-à-dire, qu'on retrouve facilement la plupart des points signalés par Valleix comme foyers de douleurs. Quelquefois, au contraire, la douleur siège uniquement sur le bord externe de la rotule ou au niveau de la malléole péronière. Ce fait de l'apparition de la douleur sur un point éloigné du lieu de la compression est bien connu. Ne sait-on pas, en effet, que la compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléenne, produit une sensation doulou-

reuse que l'on rapporte à l'extrémité du petit doigt ?

Quand la névralgie sciatique est sous la dépendance d'une déviation utérine, elle disparaît très-rapidement, par l'application d'un pessaire convenable, tandis que la révulsion, sous toutes ses formes, n'a que fort peu de chances de réussir. Les malades éprouvent peut-être pendant quelques jours encore une sensation de gêne et d'engourdissement dans le membre atteint, mais bientôt tout s'efface, et la guérison est assurée. Ces faits de guérison presque instantanée à la suite de l'application d'un pessaire ne sont pas rares : j'en ai observé un certain nombre de cas dans le service de M. Dumontpallier, à la Pitié. J'ai pu moi-même, il y a deux ans, soulager par le même moyen deux femmes atteintes de retroversion, qui se plaignaient de douleurs que j'avais rapportées à la névralgie sciatique. Ces malades habitaient la petite ville de V...

Observation. — La première était une femme de 25 ans, d'un tempérament sanguin, mère de deux enfants.

Depuis sa première couche, c'est-à-dire, depuis cinq ans, elle se plaignait d'accidents multiples qui s'étaient développés peu à peu chez elle et sur lesquels je reviendrai plus tard.

Outre les troubles locaux qu'elle éprouvait du côté du petit bassin, et qui l'empêchaient d'une façon presque absolue de se livrer aux soins de son ménage, elle souffrait encore de la cuisse et de la jambe gauches. Les douleurs étaient quelquefois si vives, qu'elle sentait sa jambe se dérober sous elle, et qu'elle serait tombée si elle n'avait pris un point d'appui, sur une chaise, ou un meuble quelconque. Je vis cette femme, et les troubles locaux dont elle m'entretint : pesanteur vers le périnée, tirail-

lements dans le petit bassin, difficultés pour aller à la garde-robe, me firent bientôt soupçonner une déviation utérine. Le toucher vaginal m'apprit en effet que j'avais affaire à une retroversion. J'appliquai un anneau-pessaire N° 5, et la malade se trouva pour ainsi dire *instantanément guérie* ; elle était si ravie que j'eus peine à me soustraire à ses remerciements. J'ai revu cette femme l'année dernière : elle est entièrement guérie.

Observation. — Ma seconde malade était une femme plus âgée, 35 ans, mère de trois enfants, nerveuse, avant même qu'elle fût atteinte de retroversion. Elle se plaignait de douleurs vagues et de faiblesse dans les membres inférieurs ; les troubles locaux étaient en même temps très-accusés. Je n'obtins pas un succès aussi complet que dans le cas précédent ; mais il n'en est pas moins vrai que cette femme ne peut plus se passer de pessaire que je lui appris à introduire et à enlever. Lorsqu'elle le quitte, les douleurs prennent une acuité nouvelle, la faiblesse des membres augmente, les troubles du petit bassin s'accroissent davantage. En un mot, si l'application de l'anneau ne l'a pas guérie entièrement, il l'a, du moins, soulagée d'une manière très-notable.

CHAPITRE IV.
Etat de l'utérus.

Les déviations utérines sont pour la matrice elle-même une cause de trouble dans la nutrition de cet organe. Je n'irai pas jusqu'à prétendre que la métrite chronique, par exemple, doive reconnaître pour cause un déplacement de l'utérus; toutefois, il est certain que l'on observe souvent, en même temps qu'une chute de l'organe, une augmentation de volume qui paraît être consécutive au déplacement. Je ne saurais d'ailleurs mieux faire que de citer l'opinion de mon maître sur cette question :

« Nombreuses ont été les théories qui ont pris naissance pour expliquer le mécanisme de l'abaissement; les unes rapportant à l'augmentation de volume de l'utérus, la cause de la chute; les autres l'attribuant uniquement à l'état des ligaments suspenseurs. Enfin, on a dit qu'il n'y avait point chute réelle de l'utérus, mais seulement élongation de la portion sus-vaginale du col, avec ou sans hypertrophie de la portion vaginale du col, etc. Pendant longtemps aussi, on a prétendu que la cystocèle était primitive et entraînait consécutivement la paroi vaginale antérieure et, en dernier lieu, l'utérus. Cette explication est inexacte, car on rencontre des abaissements sans cystocèle très-accusée de la matrice sans rectocèle.

» Si dans un cas de chute complète, on examine les rapports des parties qui composent la tumeur extra-vulvaire, on trouve, d'avant en arrière, la muqueuse vaginale plus ou moins altérée, le tissu cellulaire qui sépare le vagin de la vessie et le canal de l'urèthre, quelquefois même une portion du péritoine qui forme le cul de sac vésico-utérin, et enfin, la paroi antérieure de l'utérus.

Dans ces conditions, la tumeur située hors de la vulve

présente un volume plus ou moins considérable qui peut aller quelquefois jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme. Le col volumineux présente souvent un orifice largement entrouvert, et le cathétérisme utérin, facile à pratiquer, démontre que la cavité utérine peut avoir 8, 10 centimètres, et quelquefois 18 à 20 centimètres d'étendue, de l'orifice externe du col au fond de l'utérus. Dans ces derniers cas, il y a, outre l'abaissement utérin, une hypertrophie considérable de la matrice, une véritable élongation hypertrophique du col, soit dans sa portion sus-vaginale, soit dans sa portion sous-vaginale.

« Mais je ne crois pas qu'il convienne d'accepter l'opinion de Huguier qui prétend qu'il n'y a jamais, dans ces cas, au moins en tant que lésion primitive, de véritable chute de la matrice, mais simplement une élongation sus-vaginale, laquelle peut consécutivement devenir l'origine d'un prolapsus. Tout d'abord, dans bien des cas, cette théorie ne peut être soutenue, puisque fréquemment on rencontre des prolapsus complets sans augmentation de la cavité utérine, ou tout au moins dont l'augmentation ne dépasse guère de 1 à 2 centimètres la longueur normale. »⁽¹⁾

Outre l'augmentation du volume de la matrice, on observe encore des lésions du col utérin et de la muqueuse vaginale, lésions qui ont pour première cause le déplacement de l'organe. Le col soumis à tous les traumatismes extérieurs devient plus volumineux; il présente de la rougeur, des érosions, des granulations; la muqueuse vaginale perd peu à peu son aspect normal; elle devient terne, prend une apparence *chagrinée*, et s'ulcère même quelquefois.

Après la réduction de la tumeur, ces lésions disparaissent rapidement; mais il faut, comme le conseille Boyer, avoir soin d'enduire le vagin d'un corps gras, afin de prévenir des adhérences accidentelles.

(1) Bulletin de Thérapeutique, loc. cit.

SECTION II. *Action des déviations utérines sur le système nerveux ou symptômes réflexes.*

CHAPITRE I.

Les différents auteurs, qui se sont occupés des affections utérines, ont signalé depuis longtemps à l'attention des médecins, les phénomènes nerveux qui accompagnent les diverses maladies des organes génitaux. Les uns les ont rattachés directement à l'hystérie, et ont dit qu'ils ne se produisaient que chez les hystériques atteintes d'affections utérines; les autres les ont placés sous la dépendance d'un mauvais état général créé par la lésion locale; d'autres enfin ont été plus loin; ils ont nié toute relation de cause à effet entre l'affection utérine et les accidents concomitants. Toutefois, il est bon de remarquer que quelques auteurs n'ont eu en vue que la métrite chronique et la leucorrhée consécutive; mais comme certains autres font rentrer implicitement les déviations et les déplacements dans la classe des affections utérines au même titre que la métrite chronique et les autres maladies de l'appareil génital, il est nécessaire de distinguer entre les uns et les autres, pour combattre les conclusions émises en ce qui concerne les maladies qui font l'objet de cette thèse.

Voici quelques-unes des opinions qui ont cours aujourd'hui :

« Ordinairement, on voit survenir des troubles digestifs si fréquemment liés aux maladies utérines. L'appétit diminue; il y a parfois du dégoût pour les aliments, des goûts bizarres; il survient des douleurs d'estomac, des symptômes d'entéralgie; en un mot, ces phénomènes qui accompagnent la leucorrhée.

« Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus, on observe différents troubles nerveux : des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie. » (1)

« Les douleurs qui se manifestent dans des points plus éloignés de l'utérus, telles que certaines névralgies faciales ou intercostales, ne sont que des symptômes secondaires de la métrite chronique, sous l'influence de laquelle on les voit apparaître ; car, alors, elles sont symptomatiques de la chlorose et de l'anémie causées par la métrite, bien plutôt que de la phlegmasie utérine elle-même.

« Les phénomènes hystériques qui surviennent si fréquemment dans le cours de la métrite chronique ne se produisent pas sous l'influence directe de la maladie utérine ; mais bien par suite de l'ébranlement général que cette affection imprime à tout l'organisme, par suite de l'affaiblissement qu'elle détermine chez les femmes qui en sont atteintes. Il est rare, à moins de prédispositions toutes particulières, que l'on voie survenir d'emblée de véritables attaques hystériques ; et, lorsqu'il en est ainsi, il y a lieu de penser que l'hystérie existait déjà, et se serait manifestée alors même que la métrite chronique ne l'aurait pas sollicitée. » (2)

Il s'agit ici de la métrite chronique : mais voici où M. Gallard parle à un point de vue plus général :

« J'ai souvent entendu parler de paraplégies qui peuvent, dit-on, survenir dans le cours des maladies chroniques des organes génitaux internes de la femme, mais, je dois avouer qu'il ne m'a jamais été donné, jusqu'à présent, d'en observer un seul cas. » (3)

« Dans les maladies de l'utérus, la paraplégie ne se manifeste que parce que les individus paralysés, étant

(1) Valleix, art. métrite.

(2, 3) Gallard, Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

nerveux par leurs antécédents ou par l'hérédité, sont placés par la maladie première dans un état d'imminence morbide pour un trouble de la moelle. » (1)

Pour Aran, il lui est impossible d'admettre des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans névrose générale.

« En résumé, l'étude de mes observations montre que les troubles nerveux observés dans les affections utérines préexistent la plupart du temps; qu'ils persistent souvent après la guérison de la lésion utérine, ou tout au moins reviennent très promptement après; que souvent même, chez les hystériques, une affection utérine survient sans réveiller chez-elles de troubles nerveux; qu'une femme d'une bonne santé antérieure, atteinte d'affection utérine, ne présente aucun trouble nerveux réflexe; qu'il faut une prédisposition de la part du sujet pour que l'affection utérine fasse naître en lui des symptômes nerveux; qu'elle n'est, par conséquent, que la cause occasionnelle de leur développement, de leur retour ou de leur exacerbation; que si l'on fouille les antécédents, on trouve toujours des troubles nerveux antérieurs relevant de l'état général. » (2)

Chacune de ces opinions peut être bonne en soi. Mais je pense que si l'on veut les appliquer aux déviations et aux déplacements utérins qui ne reconnaissent pour cause qu'une action locale et qui ne sont par elles-mêmes que des maladies locales, ces théories sont excessives.

Que la métrite chronique ne produise des accidents nerveux que chez les hystériques, ou chez celles qui deviennent chlorotiques ou anémiques à la suite de cette

(1) Peter. Clinique de la Charité.

(2) Boussi. Etudes sur les troubles nerveux réflexes observés dans les affections utérines. Thèse de Paris 1880.

maladie ; que le mauvais état général de l'organisme amène certains accidents nerveux, je ne le nie pas. Mais, ce que je conteste, c'est que les déviations utérines puissent être placées sous la dépendance d'un mauvais état général, ou qu'elles ne soient la cause de troubles nerveux que chez les hystériques.

Ce que je veux démontrer, c'est que chez des femmes bien portantes, prédisposées, ou non, au nervosisme, les déviations et les déplacements utérins peuvent être la cause directe de phénomènes réflexes multiples, apparaissant plus ou moins loin du petit bassin.

CHAPITRE II.

Des phénomènes réflexes en général.

L'étude des phénomènes réflexes a pris dans ces dernières années une importance considérable, grâce aux travaux de Claude Bernard, de MM. Paul Bert, Brown-Séquard, Dumontpallier, Charcot et d'autres physiologistes. Ces phénomènes n'ont pas été étudiés seulement sur les hystériques, chez lesquelles on les avait presque exclusivement observés, mais encore sur l'homme et même sur les animaux. Et ce qu'il a peut-être de plus remarquable dans les faits qui ont été signalés à l'attention du monde savant, c'est que les causes les plus légères, les parties de l'organisme qu'on penserait être les moins *réflexogènes*, peuvent donner lieu, par leur irritation, à des phénomènes réflexes d'une gravité quelquefois extrême.

Dès lors, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que les déviations utérines, même lorsqu'elles sont peu accentuées, puissent, par l'irritation qu'elles exercent sur les plexus nerveux voisins, déterminer l'apparition de ces phénomènes, sans qu'il soit besoin de recourir à une prédisposition antérieure, à une névrose telle que l'hystérie dont on a tant abusé ?

Qu'il me soit permis, dans cet ordre d'idées, de rapporter certains faits qui sont aujourd'hui du domaine de la science, et que l'on n'a jamais songé à expliquer par une maladie antérieure du système nerveux. Ces faits, dont un certain nombre sont empruntés à M. Paul Bert, l'un des maîtres de la physiologie contemporaine, portent, d'ailleurs, aussi bien sur les hommes, chez lesquels

l'hystérie est infiniment rare, que sur les femmes et les enfants.

« Un ouvrier dans la force de l'âge éprouva un matin une difficulté singulière à marcher ; ses jambes ne lui obéissaient plus fidèlement ; en outre, les objets semblaient tourner autour de lui. Cette faiblesse, ces vertiges allèrent en augmentant ; bientôt, s'y joignirent des troubles digestifs de plus en plus graves. Les traitements les plus variés restèrent impuissants ; et, en deux ans, les choses arrivèrent à ce point, que le malheureux, presque incapable de se soutenir, était considéré comme perdu, comme mourant d'une maladie mystérieuse. Au bout de ce temps, un petit accident lui survint à l'oreille et il alla consulter un médecin spécialiste. Celui-ci examina le conduit auditif externe, y trouva un corps étranger, et, à la grande surprise du malade, en retira un noyau de cerise. Quinze jours après, le prétendu mourant revint voir son chirurgien ; les vertiges avaient cessé, l'estomac reprenait ses fonctions ; il était guéri et la guérison ne se démentit pas.

« Un jeune garçon de 14 ans ressentit en sortant de son lit *quelque chose d'étrange*, puis, soudain, il tomba, fut pris de convulsions violentes et perdit connaissance. Remis sur le lit, il revint bientôt à lui, et le médecin, en arrivant quelques heures après, le trouva très-calme, n'accusant aucune souffrance, et demandant avec instance à se lever. On y consentit, mais à peine l'enfant avait mis les pieds à terre que sa physionomie s'altéra, et une convulsion survint qui le renversa. Relevé aussitôt et recouché, il se calma, reprit ses sens et demanda, tout effrayé, de quoi il s'agissait. Le docteur fit alors du malade un examen minutieux ; il fixa surtout son atten-

tion sur ce pied dont le contact avec le sol avait développé devant lui cette effrayante série d'accidents, et, à force de recherches, il finit par découvrir, près de l'ongle du gros orteil, une petite élévation ; en la pressant, les convulsions apparurent bientôt, sans que l'enfant accusât de douleur. Alors le chirurgien, d'un coup de ciseau, enleva cette petite tumeur ; il put impunément en presser aussitôt la place dénudée, et les accidents formidables que j'ai décrits ne reparurent plus jamais.

« Le fait relatif au noyau de cerise retiré de l'oreille n'est pas aussi extraordinaire, c'est-à-dire aussi rare qu'on pourrait le croire. La présence d'un corps étranger dans le conduit auditif externe cause souvent des vertiges ou même des convulsions. Il est fréquent de voir des malades à qui on injecte un peu d'eau froide dans l'oreille tourner sur eux-mêmes, avec sensation de vertiges et de nausées. Les convulsions chez les enfants ont assez fréquemment cette cause. Dans les convulsions des enfants, il faut toujours rechercher s'il n'y a pas de vers dans l'intestin, s'il n'y a pas de dents en évolution, s'il n'y a pas de corps étranger dans l'oreille.

« Les actes réflexes peuvent amener, non-seulement, des mouvements, mais des cessations de mouvements, et, parmi celles-ci, des paralysies. La présence de vers intestinaux a eu assez souvent cette conséquence. On peut citer l'observation d'un enfant chez qui l'évolution de chaque molaire était accompagnée d'une paralysie des membres inférieurs ; il guérit définitivement, lorsque la seconde dentition fut complète. Le célèbre Astley Cooper a vu la paralysie de toute une moitié du corps, dont

était affligée une de ses clientes, disparaître après l'ablation d'une dent dont elle souffrait beaucoup.

« Les sensations sympathiques sont assez rares dans l'état normal, mais dans l'état de maladie, les douleurs sympathiques sont extrêmement communes : le point de côté, la névralgie brachiale dans la pleurésie, la douleur de l'épaule droite dans les maladies du foie, les sensations particulières qu'éprouvent au bout du nez les enfants dont l'intestin est habité par des parasites, les névralgies si diverses qui accompagnent souvent les maux d'estomac.

« On a vu plus rarement un mal de dents causer de vives douleurs dans le bras, douleurs que fit disparaître l'ablation de la dent malade. On a encore signalé d'autres sympathies, et je citerai des cas de paralysie des membres inférieurs où l'on a vu une excitation portée d'un côté, donner aux malades deux sensations qu'il rapportait, l'une au point excité, l'autre à la région symétrique du côté opposé.

« Voici un jeune enfant chez qui l'éruption d'une dent occasionne, à la fois, salivation, diarrhée, larmes, convulsions, délire. Tous ces symptômes viennent de la même cause : excitation centripète venant du nerf dentaire. Mais l'excitation a été tellement forte, qu'elle a mis en branle tous les centres nerveux à la fois ; la moelle épinière fait contracter les muscles en mouvements convulsifs ; les ganglions sympathiques commandent l'action aux nerfs sécréteurs et vasculaires, et parmi ces derniers, à ceux qui vont aux hémisphères cérébraux dont le fonctionnement s'en ressent.

« Un garçon de 14 ans avait été blessé au gros orteil par un morceau de verre ; quatre ans après, il fut pris de divagation et de délire. En l'examinant avec soin, on

vit près de l'ancienne blessure une petite élévation; quand on pesait dessus, la surexcitation du malade augmentait. On fit une ouverture qui amena l'extraction d'un petit fragment de verre. Aussitôt le délire cessa pour ne plus reparaître.

« Un homme atteint de manie aiguë et furieuse fut confié aux soins du célèbre Esquirol; on s'aperçut que cet homme avait un ténia. Aussitôt après qu'une médication appropriée l'eut débarrassé de ce parasite, la manie disparut. Un an après, elle revint; semblable médication amena semblable résultat; cette fois, l'insensé recouvra définitivement la raison. » (1)

J'ai pu moi-même observer, il y a quelques années, un cas analogue, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier. Un sergent de ville, dans la force de l'âge, était entré (salle St-Raphaël, n° 2), pour des convulsions épileptiformes dont il souffrait depuis deux mois. L'interrogatoire qu'on lui fit subir ne fournit aucun renseignement sur les causes de cette affection qu'on fut tenté de regarder au premier abord pour de l'épilepsie vraie. Cependant, M. Dumontpallier eut l'idée de faire conserver ses garde-robes, dans lesquelles on trouva bientôt des débris de ténia. Une médication convenable fut instituée, et peu de jours après, le malade, délivré de son parasite et de ses convulsions, put sortir et reprendre son service.

D'autres auteurs ont encore appelé l'attention sur des phénomènes réflexes d'un autre ordre, mais aussi remarquables.

« Dans quelques cas, dit un des plus brillants maîtres

(1) Paul Bert. Leçons de Zoologie professées à la Sorbonne (enseignement secondaire des jeunes filles) Anatomie; Physiologie — Paris, 1882.

de la Faculté de Paris, les malades atteints de coliques hépatiques ont des convulsions épileptiformes, des lypothymies, des syncopes, syncopes qu'il ne faut pas mettre exclusivement sur le compte de la douleur, car on observe des lypothymies et des syncopes avec des coliques de médiocre intensité. On a même signalé des cas de mort subite dont le mécanisme peut s'expliquer par action réflexe (1). »

Il s'est passé, il y a deux ans, sous mes yeux, des faits plus remarquables encore, et qu'on serait fort embarrassé d'expliquer autrement que par des réflexes. Qu'en me permette de les rapporter brièvement : ils portent avec eux leur enseignement.

Il s'agit de deux malades atteints de pleurésie purulente et chez qui mon maître M. Dumontpallier crut devoir pratiquer l'opération de l'empyème :

Le premier de ces malades était une femme de 20 ans, bien constituée, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux antérieurs. A la suite d'un accouchement, elle fut prise de pleuro-pneumonie droite, et très-rapidement, en deux ou trois jours au plus, s'il m'en souvient bien, l'épanchement subit la transformation purulente, et l'opération de l'empyème fut décidée. Le dix-huitième jour qui suivit l'ouverture de la paroi thoracique, pendant qu'on injectait de l'eau alcoolisée dans la cavité pleurale, soit que le liquide fût à une température trop élevée, soit que la pression fût trop considérable, tout d'un coup la malade, qui était assise sur son lit, se renversa en arrière, fut prise de quelques convulsions, puis resta immobile. Elle ne donnait plus signe de vie :

(1) Dieulafoy. — Traité de Pathologie interne 2^e vol., Lithiase biliaire p. 253.

la respiration, les battements du cœur s'étaient arrêtés. On allait abandonner cette femme qui semblait morte, lorsqu'on eut l'idée de pratiquer la respiration artificielle. Au bout de dix minutes, on constata le retour de quelques mouvements respiratoires, on entendit de faibles battements du cœur. Bientôt, la malade revint à elle sans se souvenir de ce qui s'était passé. Elle sortit de l'hôpital, guérie, le trente-cinquième jour.

Le second malade était un homme de 26 à 30 ans, d'une bonne santé habituelle, mais qui, depuis son enfance, était affecté de nystagmus horizontal. Vingt ou trente jours après l'opération de l'empyème, pendant qu'on opérait le lavage de la plèvre, ce malade fut saisi de convulsions, puis retomba sur son lit sans connaissance; les mouvements respiratoires ne s'étaient pas arrêtés, pas plus que les battements du cœur. On le rappela à lui; mais, pendant deux jours, son intelligence resta obtuse, et on constata avec surprise l'existence d'un hémiplegie gauche. Au bout de deux jours, tout rentra dans l'ordre. Mais, ce qu'il y eut de plus remarquable encore chez ce malade, ce qui pourrait peut-être éclairer la pathogénie de ces étranges accidents, c'est que plusieurs fois dans la suite, pendant que l'eau pénétrait dans la plèvre, le malade se sentit tout à coup sous l'imminence des accidents qui avaient éclaté avec tant de violence une première fois; il priait que l'on fermât le robinet, et cette sorte d'*aura* n'avait pas de suite. Ce malade, depuis longtemps guéri, est infirmier à l'hôpital de la Pitié.

Il serait difficile d'interpréter ces faits autrement que par une suite d'actes réflexes dont le point de départ était l'irritation des filets terminaux du pneumogastrique,

irritation transportée jusqu'au bulbe et réfléchie ensuite en divers sens.

On pourrait citer un grand nombre d'exemples analogues, d'accidents réflexes plus ou moins graves dûs à la présence d'un corps étranger [dans l'intestin ou l'oreille, à la suite de lésions légères, quelquefois inappréciables, dans les coliques hépatiques et rénales, etc.. Mais les quelques faits que j'ai rapportés, suffisent, je crois, à faire admettre *à priori* que l'utérus, à son tour, peut être le point de départ de réflexes semblables, sans qu'il soit besoin de recourir à une prédisposition nerveuse, héréditaire ou acquise.

CHAPITRE III.

Des accidents réflexes symptomatiques des déviations utérines.

PARAGRAPHE 1^{er}. — **Névralgies.**

Névralgie-iléo-lombaire. La névralgie-iléo-lombaire se rencontre très-fréquemment chez les femmes. On ne l'observe pas seulement dans les déviations utérines, mais encore dans presque toutes les affections de la matrice et chez un grand nombre de femmes nerveuses ; dans ce dernier cas, c'est le nervosisme qui en est la cause la plus puissante. Lorsqu'elle est symptomatique d'une déviation utérine, elle disparaît généralement dès que l'on remédie à l'état de choses local. Si elle persiste, c'est que l'on a affaire à une femme nerveuse, et si l'on interroge la malade on constate que la névralgie préexistait à l'affection utérine.

Pour quelques auteurs, la névralgie iléo-lombaire est considérée comme un effet direct des déplacements de l'utérus, et serait déterminée par la compression. Je ne crois pas cette assertion fondée ; car le plexus lombaire est trop éloigné de l'utérus pour que ce dernier agisse directement sur lui. D'autre part, ce plexus a de nombreuses connexions avec le grand sympathique, et, en particulier, avec le plexus hypogastrique ; et dès lors, la névralgie iléo-lombaire est sans aucun doute d'ordre réflexe.

Si la névralgie occupe les branches collatérales du plexus lombaire, c'est-à-dire les nerfs génito-crural et fémoro-cutané, les douleurs suivent le trajet de ces nerfs et décrivent une courbe presque parallèle à la dernière côte et à la crête iliaque ; elles peuvent se

prolonger jusqu'aux grandes lèvres. Si ce sont les branches terminales du plexus qui sont le siège de la névralgie, les douleurs suivent le trajet du nerf crural et occupent, par conséquent, la partie antérieure de la cuisse dans une direction à peu près parallèle à celle des vaisseaux. Souvent, les malades ne se plaignent que de la région lombaire ; elles éprouvent des douleurs de reins plus ou moins violentes ; dans ce cas, c'est le plexus lui-même qui est le siège de la névralgie, et les branches collatérales et terminales n'y prennent aucune part. Dans les observations que j'ai déjà rapportées, et dans celles que je relaterai plus loin, j'ai presque constamment rencontré les douleurs lombaires avec ou sans irradiations suivant le trajet des branches collatérales ou terminales. Cependant, je trouve dans la thèse du docteur Gény un bel exemple de névralgie exclusivement limitée au nerf crural : je vais en rappeler l'observation.

Observation. — La nommée J. M., cordonnière, âgée de 53 ans, était entrée le 11 Mai 1876 dans le service de M. Gombault pour se faire traiter d'un érysipèle. Cette malade, une fois guérie, fut adressée à M. Dumontpallier pour qu'il l'examinât. Il y a 30 ans, raconte cette femme, à la suite d'une grossesse, il lui est survenu une chute de matrice. Le col de l'organe arrivait à la vulve. Elle éprouvait alors de vives douleurs dans les reins et dans les cuisses à leur face antérieure ; il lui était impossible de soulever un fardeau et de se livrer à un travail un peu pénible. Vingt-deux mois après, nouvelle grossesse, sans aggravation dans le degré de la descente. Quatre ans après cette dernière grossesse, cette femme accoucha à terme d'un troisième enfant. Pas de changements appréciables dans l'abaissement

utérin. Les choses étaient restées dans le même état pendant de longues années ; il y a six ans environ, à la suite d'un effort, la matrice sortit complètement. En examinant la malade, on constata la présence d'une tumeur volumineuse, accompagnée de rectocèle et de cystocèle. L'hystéromètre donne pour la longueur de la cavité 12 centimètres. M. Dumontpallier réduit la tumeur avec assez de facilité. Il applique un anneau n° 7, mais il est immédiatement chassé par un effort de la malade. On le remplace alors par un anneau à tige qui, une fois fixé sur la plaque sus-pubienne, maintient l'utérus dans la cavité pelvienne. Pendant plus de deux mois que nous avons suivi cette malade, l'appareil ne s'est pas dérangé. A la fin, tout malaise provoqué par la hernie de l'utérus avait disparu.

Néuralgie-intercostale. — Je ferai au sujet de cette néuralgie les mêmes remarques que j'ai faites précédemment. Elle est extrêmement fréquente : on l'observe chez les hystériques, les anémiques, les chlorotiques et chez la plupart des tuberculeux ; dans ces cas, elle suit la destinée des maladies dont elle est le symptôme. Elle apparaît quelquefois comme un phénomène réflexe d'une déviation utérine, sans qu'on puisse la rattacher à un des états mentionnés plus haut ; alors, on la voit disparaître avec la cause qui l'a produite indirectement. Mais, comme je l'ai déjà fait remarquer dans une observation précédente, il peut arriver que l'utérus étant remis en place, la néuralgie intercostale, comme la néuralgie iléolombaire d'ailleurs, persiste encore quelques jours. Cela tient probablement à ce que l'impression morbide transmise au système nerveux ne s'efface pas tout d'un coup ; ou bien, et cette hypothèse me semble plus rationnelle,

l'utérus qui, dans la cas de déviation ou d'abaissement, est souvent plus volumineux qu'à l'état normal, entretient jusqu'à ce qu'il ait repris ses dimensions premières, l'irritation nerveuse qui a donné lieu, par action réflexe, à une névralgie plus ou moins éloignée.

Névralgie faciale. Hémicrânie. Odontalgie. — Je n'ai observé que deux fois la névralgie faciale, dans le cas de déviation utérine. D'ailleurs, de même qu'elle est moins fréquente que les autres névralgies dans les différentes maladies dont elle est le symptôme, de même ce n'est que rarement qu'elle apparaît comme phénomène réflexe d'un déplacement de l'utérus. Je ne sache pas qu'elle ait jamais été signalée dans cette dernière affection, mais l'observation que je vais rapporter ne laisse aucun doute sur la réalité de son existence, en dehors de toute cause générale ou locale, autre que la déviation utérine.

Observation. — Marie F... 34 ans, ménagère, salle Ste-Marie, N° 18. — Service de M. le docteur Lejeune, Hôtel-Dieu du Mans. Juillet 1882. — Il s'agit d'une femme dont la santé a toujours été excellente jusqu'à sa première couche qui a eu lieu il y a cinq ans. Jamais, jusqu'à cette époque, elle n'avait souffert de névralgies ou de douleurs d'aucune sorte ; ses règles avaient toujours été régulières, et se produisaient sans phénomènes prémonitoires. Enfin, cette femme n'était pas nerveuse, et son caractère s'était toujours montré égal.

Dix jours après son accouchement, soit qu'elle se fût levée trop tôt, soit pour toute autre cause, elle ressentit, pour la première fois, de la douleur dans la région hypogastrique ; sa main, appuyée sur le bas-ventre, lui

donnait la sensation d'une grosseur située au-dessus des pubis ; cette grosseur était très-probablement l'utérus non revenu sur lui-même, car peu à peu la tumeur diminuait de volume. A mesure que le temps marchait, les douleurs s'accroissaient davantage ; la miction devenait difficile, les selles pénibles et moins régulières. Peu à peu se développèrent des accidents nerveux d'une intensité telle, que la malade dut cesser de se livrer aux travaux de son ménage. C'étaient des douleurs plus ou moins vives occupant la moitié gauche de la tête et de la face, caractérisées par des points douloureux au niveau des trous sous-orbitaire et mentonnier. Cette partie de la face, au moment des accès, devenait chaude, rouge ; au dire de la malade, la joue « *enflait* » ; enfin, l'œil du même côté devait présenter tous les signes d'une vive injection vasculaire, car il devenait rouge et chaud comme la face. Lorsque la malade se tenait au lit, les douleurs diminuaient, lorsqu'elle se levait et qu'elle se fatiguait plus que d'habitude, tous les accidents augmentaient. Le caractère s'était modifié ; de calme et d'égal il était devenu irritable, capricieux, colère ; autour de la malade on disait qu'elle « *avait ses nerfs*. » C'est depuis quelques mois surtout, que cet appareil symptomatique s'est révélé dans toute sa violence. Depuis le mois de janvier dernier, aux douleurs qui existaient déjà, sont venues se joindre des crampes dans les jambes et dans les bras, et des sensations de fourmillements dans les mains et les pieds. Les douleurs de reins et celles du bas-ventre sont quelque fois telles, que, selon son expression, la malade « *marche en double*. »

Cette femme entra à l'hôpital le 16 juillet. Par le

toucher vaginal, je constatai l'existence d'un prolapsus au second degré qui avait passé inaperçu jusque-là ; car les nombreuses médications qui avaient été instituées pour soulager la malade ne s'étaient jamais adressées à l'utérus. J'appliquai un anneau N° 6, et dès le 26 juillet, la malade put sortir de l'hôpital ; les symptômes locaux avaient disparu, et je n'ai pas, depuis l'application de l'anneau, été témoin d'un seul accès d'hémicrâmie ou de névralgie faciale. J'ai revu deux fois cette femme depuis sa sortie : les résultats obtenus semblent acquis. Elle se plaint cependant encore de quelques troubles digestifs que je crois devoir rattacher à la perturbation profonde qu'a amenée dans l'organisme un état de souffrance qui a duré plusieurs années.

Observation. — Au numéro 26 de la même salle, j'ai eu l'occasion d'observer un autre cas de névralgie du trijumeau, limitée aux nerfs dentaires, et qui était symptomatique d'une déviation utérine. Anna G... est une jeune femme de 21 ans, qui, depuis sa première couche datant de 8 mois, se plaint d'éprouver de temps en temps de vives douleurs dans les gencives, soit à droite, soit à gauche, douleurs qui sont quelquefois suivies d'un mouvement fluxionnaire vers les joues. Il faut noter que cette malade n'a jamais souffert des dents, si ce n'est dans son jeune âge, et qu'elle n'en n'a pas de mauvaises. Entrée à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre et vers le périnée, elle était atteinte d'une retroversion que le toucher vaginal me fit reconnaître. J'appliquai un anneau, et, depuis, l'odontalgie a disparu ainsi que les troubles locaux.

Observation. — Je trouve dans la thèse du docteur

Gény, un autre exemple de névralgie qui affectait les membres supérieurs. Il s'agit d'une malade qui ressentait de temps en temps de vives douleurs qui allaient rapidement de la racine des membres supérieurs à leur extrémité. Cette névralgie disparut avec l'application d'un anneau-pessaire.

Ces faits si remarquables, qu'on ne peut expliquer que par des actions réflexes, ne sont pas plus étonnants que ceux que l'on observe dans les premiers mois de la grossesse. C'est à dessein, d'ailleurs, que dans le chapitre qui traite des phénomènes réflexes en général, j'ai omis de parler de ces « *singulières sympathies* » qui existent entre l'utérus gravide et le système nerveux : je me réserve d'en dire quelques mots plus loin.

PARAGRAPHE II. — Paralysies.

Paraplégie. Parésie des membres inférieurs. — La paraplégie, ou plutôt la parésie des membres inférieurs, s'observe assez souvent à la suite des déplacements de l'utérus. Il est peu de femmes atteintes de déviation, qui ne se plaignent de troubles de la motilité dans les membres inférieurs, de faiblesse, d'engourdissement. On pourrait rapporter ces symptômes à la compression du plexus sacré, mais il n'est pas douteux qu'ils ne puissent se produire par action réflexe. Leroy d'Etiolles, en effet, qui a observé ces troubles à la suite de l'impression du froid et dans les maladies chroniques des organes génitaux, n'hésite pas à affirmer qu'ils surviennent par action réflexe. D'ailleurs, il est des femmes qui n'accusent que des douleurs dans les membres inférieurs ; il en est d'autres chez qui la faiblesse

domine. Or, je serais assez volontiers disposé à croire que les douleurs sont déterminées par la compression du plexus sacré ; tandis que lorsqu'il existe seulement de la faiblesse, celle-ci peut être considérée comme un symptôme réflexe. En effet, par l'application de l'anneau, les douleurs disparaissent, pour ainsi dire instantanément, la faiblesse, au contraire, persiste encore quelques jours. Les quelques observations que je vais rapporter semblent confirmer cette manière de voir.

Observation. — Victorine B..., âgée de 58 ans, est venue à la consultation en novembre 1878. Hôpital de la Pitié. Service de M. le docteur Dumontpallier. Il y a 18 ans, à la suite d'une couche pénible, l'utérus s'abaissa progressivement, et 5 ou 6 ans après, le col utérin avait franchi la vulve. Depuis cette époque, la malade se plaint de douleurs dans les reins et dans la jambe droite, et surtout d'une faiblesse des membres inférieurs telle qu'elle peut à peine se soutenir et marcher. Elle usa de plusieurs pessaires sans pouvoir les supporter. M. Dumontpallier lui appliqua son anneau qui fit disparaître presque instantanément les douleurs ; la parésie des membres inférieurs dura quelques jours encore. La malade conserva pendant 18 mois son pessaire sans en être incommodée ; elle put l'enlever ensuite, et le prolapsus ne se reproduisit pas.

Cette femme accusait des douleurs dans la jambe droite ; on peut les rapporter à la compression du plexus sacré ou aux tiraillements de ses branches terminales. Quant à la faiblesse, qui était égale dans les deux jambes, elle était vraisemblablement le résultat d'une action réflexe.

Observation. — Hôpital St-Antoine ; service de M. Dumontpallier. Retroversion, paraplégie ⁽¹⁾.

La femme qui fait le sujet de cette observation était couchée au n° 10 de la salle Ste-Marie. Elle était accouchée à l'hôpital St-Antoine au mois de mai 1875. A la suite de son accouchement, on remarqua chez cette femme un affaiblissement considérable dans la motilité des membres inférieurs : c'était presque de la paraplégie. Dans le service où elle fut traitée, l'hydrothérapie, les moxas appliqués de chaque côté de la colonne vertébrale restèrent sans succès. Quand elle entra dans la salle des nourrices chez M. Dumontpallier, on remarqua surtout la faiblesse extrême des membres inférieurs : la malade était obligée pour se maintenir debout de se cramponner des deux mains aux barreaux de son lit. Le toucher fit constater une rétroversion presque complète. L'utérus avait basculé en arrière, et le col de cet organe se trouvait immédiatement derrière les pubis. On mit un pessaire qui fit disparaître la rétroversion. L'amélioration dans l'état de cette femme fut si rapide, qu'au bout de quinze jours, la malade avait recouvré le complet usage de ses membres inférieurs, et quittait l'hôpital en parfait état.

Dans cette observation, il n'est fait mention d'aucune douleur dans les jambes ou les cuisses ; la malade se plaint uniquement de ne pouvoir se soutenir et marcher. Le docteur Gény a considéré avec raison cette paralysie comme un phénomène réflexe.

Observation. — Léontine D... 31 ans, couturière, salle Ste-Eugénie, n° 45, hôpital de la Pitié, service de M. Dumontpallier, mai 1878. Il y a deux ans, cette ma-

(1) Thèse du docteur Gény.

lade est accouchée pour la seconde fois. Dix jours après, elle se leva et reprit ses travaux ; mais peu à peu, elle sentit ses forces diminuer progressivement. Elle éprouvait de vives douleurs dans les reins et dans le dos, mais elle ne se plaignait dans les membres supérieurs et inférieurs que d'une faiblesse extrême. Le toucher vaginal fit reconnaître une rétroversion à laquelle on remédia par l'application d'un anneau pessaire. En quelques jours, la faiblesse des membres disparut et la malade sortit bientôt guérie.

Paralysies partielles. — Dans l'observation précédente, on avait constaté, en même temps que la faiblesse des membres inférieurs, celle des membres supérieurs. Dans une autre observation, j'avais déjà appelé l'attention sur ces troubles de la motilité affectant les bras et les mains, faiblesse, sensations de fourmillements et d'engourdissement. Je pense que ces symptômes se produisent par action réflexe.

Paralysie de la vessie et du rectum. — On a vu plus haut que la constipation est la règle chez les femmes atteintes de déviation utérine et surtout de rétroversion. Dans ce cas, la difficulté d'aller à la selle tient à la compression. Quant à la rétention des urines, elle est, ou bien due à la compression du canal de l'urèthre par un col ayant subi *l'allongement hypertrophique* et par conséquent augmenté de volume ; ou bien elle est un symptôme réflexe, et elle tient à la paralysie de la fibre musculaire de la vessie. C'est à cet ordre de causes que j'ai rattaché la rétention d'urine qui fait le sujet d'une des précédentes observations.

Quant à l'incontinence, je ne l'ai jamais observée pour

mon compte dans les déviations utérines ; mais je ne nie pas qu'elle puisse exister dans quelques cas. En effet, s'il s'agit d'une incontinence vraie, on conçoit que le sphincter vésical, irrité par le voisinage de l'utérus, perde sa contractilité, ou encore que les fibres qui le constituent soient paralysées par action réflexe. L'incontinence d'urine d'origine hystérique est due très-probablement à cette cause. Mais, s'il s'agit de l'incontinence par regorgement, elle est non-seulement possible, elle existe réellement et on l'a observée plusieurs fois. Je trouve dans la thèse du docteur Géný un exemple d'incontinence d'urine ; mais je me demande si l'on a eu affaire à une incontinence par regorgement ou à une incontinence vraie : pour moi, j'admettrais volontiers la seconde hypothèse. Du reste, voici le cas :

Observation. — Hôpital St-Antoine. Service de M. Dumontpallier. Abaissement au deuxième degré ; retroversion assez accusée. Cystocèle ; laxité du vagin, fleurs blanches.

Depuis six ans, la femme L..., âgée de 58 ans, est affectée d'une descente de matrice. Elle est tourmentée par des envies fréquentes d'uriner. Elle urine jusqu'à cinquante ou soixante fois par jour ; elle en est arrivée au point de ne plus oser sortir de chez elle, tant la miction est fréquente. Elle se plaint, en outre, de vives douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen, on constate de la laxité du vagin, un abaissement de la matrice au deuxième degré ; le col est à un centimètre ou deux de la vulve. On constate en outre de la retroversion. Fleurs blanches ; Cystocèle. On applique un anneau n° 6 et la retroversion disparaît ; la cystocèle se réduit. En engageant la malade à se con-

tracter comme dans les efforts de défécation, elle ne parvient pas à faire basculer le pessaire en avant, et les parties restent dans la position où elles ont été replacées. On fait alors soulever à la malade le lit à spéculum, porter des seaux d'eau, descendre et monter l'escalier ; elle accomplit assez facilement ces divers exercices qui lui auraient été impossibles avant l'emploi du pessaire. Trois semaines après, la malade revient nous voir ; les douleurs lombaires ont persisté, mais la miction est redevenue normale, et la douleur que la malade éprouvait en urinant a complètement disparu. Les fleurs blanches ont cessé, et la malade peut se livrer sans fatigue à ses occupations ordinaires, qu'elle avait été obligée d'abandonner depuis plusieurs années.

PARAGRAPHE III. — **Contractures.**

Convulsions épileptiformes.

Les contractures symptomatiques des déviations utérines sont plus rares que les autres troubles nerveux réflexes. On les observe cependant quelquefois, et, dans certains cas, la rétention d'urine peut reconnaître pour cause le spasme ou contracture du col vésical. J'ai déjà parlé des crampes que j'ai observées chez une femme atteinte de prolapsus au second degré, crampes qui affectaient les bras et les jambes.

Il me reste à dire quelques mots d'une autre contracture, liée à une déviation utérine, qui a été observée pour la première fois par M. Dumontpallier, et dont il a bien voulu me communiquer l'observation.

Observation. — Il s'agit d'un cas de vaginisme consécutif à une retroversion, accompagné de convulsions épileptiformes. A la suite d'une de ses couches, la ma-

lade qui fait le sujet de cette observation fut prise de temps en temps de vertiges qui n'allaient pas jusqu'à la perte de connaissance ; mais si elle était debout, elle était obligée de s'asseoir ou de s'appuyer sur un meuble. En même temps, quelques convulsions légères apparaissaient dans les muscles de la face et du cou. Après quelques instants, la malade reprenait pleinement possession d'elle-même. Elle remarqua en outre que peu à peu les rapports sexuels devenaient plus pénibles, et il arriva un moment où ils furent complètement impossibles. Cette dame alla consulter son médecin qui l'adressa à M. Dumontpallier. Celui-ci reconnut l'existence d'une contracture du constricteur du vagin ; il put, quoiqu'avec difficulté, pratiquer le toucher, et il constata une légère retroversion. Après qu'un anneau eut été appliqué, la vaginisme disparut, les rapports sexuels purent avoir lieu et les vertigés épileptiformes ne se reproduisirent pas.

PARAGRAPHE IV. — De quelques autres accidents observés dans les déviations utérines.

J'ai déjà fait pressentir dans les différentes observations que j'ai rapportées, que les déplacements de l'utérus pouvaient amener à la longue d'autres troubles fonctionnels avec lesquels il faut compter, lorsqu'une fois la guérison de l'affection locale est assurée.

Les troubles psychiques sont les premiers qu'on remarque. Les femmes antérieurement nerveuses le deviennent davantage ; celles chez qui on n'avait jamais remarqué d'inégalités d'humeur deviennent capricieuses, volontaires, colères. Toujours sous l'empire de douleurs plus ou moins vives, elles exagèrent leur mal, elles se figurent qu'elles sont frappées sans remède ; elles se

forgerent des imaginations trompeuses ; leur caractère s'aigrit et la vie devient intolérable autour d'elles. Je pourrais citer un certain nombre de cas où les choses se passent ainsi ; et, dernièrement encore, un de mes bons amis, marié à une femme d'humeur toujours égale, se plaignait vivement à moi du changement de caractère que depuis quelques mois il remarquait chez elle. Cette femme atteinte de déviation utérine — c'est du moins le diagnostic que j'ai porté à la suite du long interrogatoire que je lui fis subir, la malade s'étant refusée à tout examen direct — cette femme, dis-je, reconnaît elle-même que son humeur a changé, qu'elle est devenue « nerveuse ». Les impressions qui, autrefois, l'auraient laissée indifférente, prennent, sous l'influence de sa maladie, un caractère violent et réagissent péniblement sur elle (1).

Mais c'est surtout sur l'appareil digestif qu'on observe les troubles les plus graves. Certaines malades accusent, en effet, des accidents du côté de l'estomac ; les digestions sont pénibles, l'appétit se perd ; il se produit des aigreurs, des nausées, et quelquefois même des vomissements. Ces symptômes sont accompagnés de sensations

(1) OBSERVATION. — Depuis que ces lignes sont écrites, cette malade, vaincue par la douleur, a consenti à se laisser examiner, et j'ai constaté l'existence d'une anteversion portée à ses extrêmes limites. Les douleurs éprouvées au-dessus des pubis, surtout à droite, ne lui laissaient pas un instant de repos ; des douleurs dans les genoux, de la faiblesse des membres inférieurs, des vertiges qui n'allaient pas toutefois jusqu'à la syncope, l'obligeaient à rester continuellement assise, et cet état, qui s'aggravait de jour en jour, inquiétait tout son entourage. J'ai appliqué un anneau : instantanément, les douleurs disparurent, la malade put descendre et remonter l'escalier, vaquer à ses différentes occupations ; elle ne ressentait plus qu'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs. Je l'ai revue il y a quelques jours ; la guérison semble assurée. Elle ne sait comment me témoigner sa reconnaissance, et elle est tout étonnée que l'application d'un simple anneau, dont elle ne sent pas la présence, l'ait pu soulager aussi rapidement.

douloureuses, de chaleur brûlante à l'épigastre. Cette gastralgie est fatigante, et, si la déviation utérine est ancienne, si par conséquent, la dyspepsie dure plusieurs mois, on voit les malades s'affaiblir et maigrir.

Ces différents accidents sont les plus rebelles : l'application de l'anneau ne les fait disparaître que beaucoup plus tard ; encore, est-on souvent obligé d'agir directement sur l'estomac. C'est pour cette raison que, dans certains cas, je ne crois pas que ces troubles se produisent par action réflexe. Ils n'apparaissent en effet que longtemps après l'affection utérine ; aussi, je les croirais volontiers liés à la perturbation qu'une déviation utérine ancienne, accompagnée de symptômes locaux et réflexes de toutes sortes, fait subir à la longue aux fonctions organiques.

Cependant, l'appareil digestif peut encore présenter d'autres troubles que l'on doit, à juste titre, considérer comme réflexes d'une déviation utérine. L'observation suivante que m'a communiquée M. Dumontpallier le prouve suffisamment.

Observation. — Diarrhée réflexe symptomatique d'un abaissement, de l'utérus avec retroversion ; hôpital de la Pitié. La nommée M..., femme d'un employé du chemin de fer d'Orléans, était affectée de diarrhée depuis plusieurs mois. Elle faisait remarquer que le besoin d'aller à la garde-robe ne se manifestait que dans le jour, à partir du moment où elle se levait, jusqu'au moment où elle se mettait au lit. Aucune des causes habituelles ne paraissait expliquer ce flux abdominal, mais la malade se plaignait de pesanteur dans le bas - ventre. M. Dumontpallier constata qu'il existait un abaissement de

l'utérus avec rétroversion. La déviation utérine avait-elle une part dans la fréquence des garde-robes diarrhéiques, et cette déviation déterminait-elle des accidents réflexes du côté de l'intestin ? Un anneau-pessaire est appliqué ; la diarrhée cesse le jour même de l'application de l'anneau et ne s'est pas reproduite depuis cette époque.

On a encore signalé des troubles circulatoires, et en particulier des palpitations de cœur consécutives aux déplacements utérins ; il est permis de les rattacher à la même cause que les troubles dyspeptiques.

CHAPITRE IV.

Interprétation des phénomènes sympathiques observés dans la grossesse,

Depuis que je m'occupe des maladies des femmes, j'ai remarqué une analogie frappante entre les phénomènes nerveux réflexes des déviations utérines et ceux que l'on observe dans la grossesse, et qui n'ont pas encore reçu d'interprétation. Sans doute, l'analogie est quelquefois un guide trompeur, et peut conduire à des conclusions erronées. Cependant, je ne suis pas éloigné de croire que la retroversion qui est habituelle dans les premiers mois de la grossesse, est une cause importante des « *sympathies* » qui existent entre l'utérus gravide et le système nerveux.

En effet, s'il est exact — et cela n'est pas douteux — que la rétroversion soit la règle dans les premiers temps de la grossesse, on ne voit pas pourquoi cette déviation physiologique ne serait pas la cause de troubles locaux exactement semblables à ceux que j'ai décrits plus haut. N'observe-t-on pas vers les deuxième, troisième et quatrième mois, de la pesanteur vers le périnée, des douleurs plus ou moins vives dans la profondeur du petit bassin, douleurs qui s'irradient en divers sens, qui tantôt suivent le trajet du nerf sciatique, tantôt celui du nerf crural ? La miction est gênée, la constipation est habituelle. Les phénomènes sympathiques sont extrêmement variés, mais ils ne diffèrent en rien de ceux que j'ai énumérés. Ce sont des paralysies, des parésies des membres inférieurs et supérieurs, des névralgies iléo-lombaire, intercostale, faciale, des gastralgies, des odon-

talgies. On observe encore du vertige épileptiforme sans albuminurie, des contractures plus ou moins prolongées, du spasme œsophagien, etc. Il me semble que si ces phénomènes — et je crois l'avoir démontré — peuvent être considérés comme réflexes de la rétroversion simple, il n'y a pas de raisons suffisantes pour affirmer que la rétroversion de l'utérus gravide ne puisse pas les produire.

En second lieu, ces phénomènes disparaissent généralement vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse, c'est-à-dire au moment où l'utérus se trouve soutenu par le détroit supérieur, où, par conséquent, cet organe fait élection de domicile dans le grand bassin rendant ainsi plus libre la cavité pelvienne. Jacquemier, que j'ai consulté à ce sujet, confirme en plusieurs endroits cette assertion :

« Le pyalisme, dit cet auteur, survient ordinairement au début de la grossesse, et cesse vers le milieu de sa durée..... On observe ordinairement l'odontalgie pendant la première moitié de la grossesse..... Les palpitations sont assez communes chez les femmes enceintes : elles offrent tous les caractères de troubles sympathiques ; on les observe le plus ordinairement dans la première moitié de la grossesse..... De même que les palpitations, la syncope est un effet sympathique de la grossesse ; on l'observe plus particulièrement dans la première partie de la grossesse. »

L'état fébrile des femmes enceintes cesse le plus ordinairement du quatrième au cinquième mois..... Le vertige épileptique s'observe surtout pendant les trois ou quatre premiers mois..... On observe assez souvent pendant le cours de la grossesse, surtout pendant les

trois ou quatre premiers mois, des phénomènes hystériques chez des femmes qui n'y sont pas sujettes à l'état ordinaire (1). »

De mon côté, j'ai pu vérifier l'exactitude de ces faits. J'ai interrogé un grand nombre de femmes, et presque toutes celles qui avaient été atteintes de ces accidents pendant leur grossesse, les ont vus disparaître vers le milieu de la période de gestation.

Jusqu'à présent, on a dit pour expliquer ces différents phénomènes que la fécondation et l'état qui en est la suite, impriment à l'organisme une modalité particulière, en vertu de laquelle se développent certains processus morbides que l'on connaît sous le nom de *phénomènes sympathiques*. L'explication n'en est pas une ; on a remplacé une inconnue par une autre inconnue. Or, chaque fois que l'on peut expliquer un fait à l'aide de causes qui se produisent d'après les procédés ordinaires du fonctionnement organique, il est plus rationnel d'admettre la réalité de ces causes, que de recourir à une interprétation mystérieuse qui n'explique rien et qui retarde souvent la découverte de la vérité.

Cependant, je dois répondre à une objection qui m'a été faite la première fois que j'ai émis ces idées, objection qui m'a paru tellement grave que ma conviction en a été un instant ébranlée. Mais, m'a-t-on dit, si vous admettez que ces phénomènes sympathiques sont dus à la rétroversion de l'utérus gravide, comment et pourquoi se produisent-ils au début de la grossesse, et quelquefois même le lendemain de la conception, alors que la rétroversion n'existe pas encore ? J'avoue que cette

(1) Jacquemier. Traité des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1846 1^{er} vol.

question m'a fort embarrassé, et ma théorie allait tomber tout entière, si je n'avais fait de nouvelles recherches sur ce sujet. Voici les conclusions auxquelles je suis arrivé :

Il est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement, que des phénomènes réflexes éclatent tout-à-fait au début d'une grossesse, et surtout dès le lendemain de la conception. Habituellement, c'est vers la fin du premier mois qu'ils apparaissent pour la première fois, alors que la congestion énorme de l'utérus et l'activité nutritive dont cet organe est le siège, augmentent son poids et lui font éprouver un mouvement de bascule en arrière. De plus, les femmes se trompent aisément sur l'époque exacte de la conception. Très-souvent, j'ai constaté un écart de trois semaines environ entre le début présumé et le début réel de la grossesse.

On m'a objecté encore que les troubles sympathiques persistaient quelquefois jusqu'au moment de l'accouchement. Cela est vrai, mais j'ai souvent remarqué aussi que les accidents changeaient de nature dans la seconde période de la gestation, et qu'on avait surtout affaire à des phénomènes de compression.

Voici une observation qui semble justifier l'opinion que j'émetts au sujet des troubles sympathiques de la grossesse :

Observation. — Le docteur Massard de Honfleur a rapporté l'observation d'un cas de rétroversion chez une dame de quarante ans, *qui ne supposait pas qu'elle pût être enceinte*. Un anneau fut appliqué, les symptômes locaux et réflexes cessèrent avec l'usage de l'anneau. Puis, trois mois après, la grossesse n'étant plus douteuse,

on enleva l'anneau et les accidents réflexes ne se manifestèrent plus à nouveau.

L'analogie m'aurait encore conduit plus loin, et j'aurais voulu pouvoir étudier les phénomènes prémonitoires des règles, phénomènes qui sont du même ordre que ceux qui font l'objet de cette thèse. Mais les résultats auxquels je suis arrivé ne sont pas suffisamment précis pour me permettre de les exposer.

TROISIÈME PARTIE.

Etiologie, Diagnostic et Traitement des déviations utérines.

Etiologie. — On a assigné aux déviations utérines des causes nombreuses, qui toutes ont leur valeur, mais à des degrés divers. Ainsi, l'augmentation pathologique du poids de l'utérus par une inflammation chronique, comme la métrite, par des tumeurs de diverses natures, comme les corps fibreux, peut déterminer un déplacement de l'organe. Une chute, un effort, un traumatisme peuvent tout-à-coup produire un abaissement ; mais il est bien probable que dans ces cas, dans le cas d'effort surtout, les ligaments suspenseurs sont physiologiquement trop faibles pour résister à la pression extra-utérine, de même que les hernies inguinales et crurales ne se produisent guère que lorsque des modifications congénitales ou acquises affectent l'orifice interne des anneaux, favorisant ainsi la poussée des anses intestinales.

Parmi toutes les causes qui ont été signalées, ce sont sans contredit les accouchements qui favorisent de la manière la plus active les déviations et les chutes de la matrice. Et cette assertion est tellement fondée, que sur un nombre donné de femmes atteintes de ces affections, il n'en est pour ainsi dire pas qui n'aient eu un ou plusieurs enfants. Pour mon compte, je ne me rappelle pas avoir observé un seul cas de déplacement bien net qui puisse être rapporté uniquement à un effort par exemple, quoiqu'un grand nombre de femmes se livrent à de durs métiers qui nécessitent, et cela pendant de longues

années, la contraction si puissante des muscles abdominaux.

Bien plus, je dirai que ce n'est pas la grossesse, ni même le travail de l'accouchement qui sont les causes directes des déviations utérines. Sans doute, les ligaments suspenseurs de l'utérus prennent part au développement de cet organe pendant la gestation ; ils subissent des modifications qui, plus tard, favoriseront leur relâchement ; pendant le travail, ces mêmes ligaments sont comprimés, tirillés en tous sens, et les lésions qui peuvent être alors produites concourent à déterminer cette laxité qui se prête si bien aux abaissements utérines. Mais, je crois que ces causes sont secondaires, et que la fâcheuse habitude qu'ont les femmes de se lever, et de reprendre leurs travaux *neuf jours après leur accouchement est la cause la plus prochaine et la plus puissante des déviations utérines.*

Cette coutume, qui date des temps les plus reculés, est funeste à tous égards. Et les modifications anatomiques que présente l'utérus longtemps encore après l'acte de la parturition, montrent assez combien il est nécessaire de combattre de toutes ses forces cette pratique dangereuse qui est encore aujourd'hui tolérée par un grand nombre de médecins et de sages-femmes.

Quelle est donc la période de temps qui s'écoule entre l'accouchement et le retour de l'utérus à son état normal ?

Après la délivrance, l'utérus forme encore une tumeur volumineuse qu'on sent très-distinctement en palpant la paroi abdominale ; son fond s'élève jusque dans la partie inférieure de la région ombilicale. Il diminue très-len-

tement les trois ou quatre premiers jours et rentre progressivement dans la région hypogastrique, en se rapprochant de la ligne médiane ; le septième ou le huitième jour, on le sent encore facilement au-dessus des pubis qu'il dépasse de plusieurs travers de doigt. Mais, à partir de cette époque, on ne peut plus le sentir distinctement que chez les femmes maigres ou à parois abdominales flasques ; il n'est guère complètement caché dans le petit bassin que du douzième ou quinzième jour, et au bout de trois semaines il a, à peu près, repris le volume, la consistance et la forme qu'il doit conserver (1).

On peut conclure de ces quelques données, que le neuvième jour qui suit l'accouchement, l'utérus rentre seulement dans la cavité pelvienne, que son poids est encore considérable, et que, par l'action même de la pesanteur, chez les femmes qui sont debout, il tend à s'abaisser progressivement. Les ligaments sont encore trop lâches pour s'opposer efficacement à l'acte de la descente, et si certains de ces ligaments présentent plus de laxité, on comprend le mécanisme par lequel se produisent les différentes déviations.

On m'objectera qu'il arrive que certaines femmes quittent leur lit avant que la période des neuf jours soit écoulée, et quelquefois même, dès le lendemain de leur accouchement, et que jamais elles ne sont atteintes de déplacement utérin. Je l'accorde volontiers ; mais, ce sont là de rares exceptions qui n'infirmen en rien les conclusions qui découlent des remarques précédentes, à savoir que les nouvelles accouchées, par mesure de prudence, ne doivent quitter le lit que quand l'utérus

(1) Jacquemier. Traité des accouchements.

est revenu à son état normal, c'est-à-dire, vers le dix-huitième ou le vingtième jour.

Les déviations utérines ne sont pas constituées tout d'un coup. Souvent, il se passe des mois et même des années avant que l'utérus soit arrivé à son maximum de déplacement. C'est pendant cette période que les causes secondaires dont j'ai parlé plus haut entrent en jeu, les chutes, les efforts, les travaux pénibles, les excès de coït qui, trouvant le terrain préparé, agissent avec d'autant plus d'efficacité.

Diagnostic. — Le diagnostic des déviations utérines est en général facile ; cependant, il présente quelquefois certaines difficultés qui font qu'on les méconnaît. Ainsi, dans le cas d'antéversion, si l'on pratique le toucher vaginal, la malade étant couchée, on peut n'obtenir aucun renseignement. En effet, à moins que l'utérus ne soit immobilisé dans cette position par des adhérences accidentelles, consécutives à une plegmasie péri-utérine, le décubitus dorsal favorise le mouvement de bascule de l'utérus en arrière, et la déviation passe inaperçue. Aussi, est-il nécessaire de pratiquer le toucher, la femme étant dans la station debout. On constate alors que le col est profondément situé et tourné en arrière, le corps appliqué en avant sur la vessie, et en glissant le doigt dans le cul de sac antérieur, il est possible d'imprimer des mouvements à l'utérus et de le faire basculer en arrière. D'ailleurs, la plupart du temps, les symptômes qu'accusent les malades sont tellement nets, qu'avec un peu de pratique, on pourrait poser le diagnostic, sans recourir au toucher vaginal.

Quant à la retroversion, elle est plus facile encore à reconnaître. Que la malade soit debout ou couchée,

L'utérus repose de tout son poids sur le rectum et le doigt le reconnaît aisément.

Le prolapsus au second et au troisième degré ne présente aucune difficulté, et je n'insiste pas ; mais, au premier degré, alors que l'utérus n'est abaissé que d'un ou de deux centimètres, on peut avoir des doutes sur l'existence de l'abaissement. Le col utérin, en effet, n'est à l'état normal, qu'à cinq ou six centimètres de la vulve, et, s'il n'est que légèrement abaissé, il est facile de confondre l'état pathologique avec l'état normal. Dans ce cas, les symptômes éclairent le diagnostic et l'application de l'anneau-pessaire lève tous les doutes.

Observation. — Je me rappelle à ce sujet l'observation d'une femme, qui, il y a quelques années, m'autorisa à pratiquer chez elle le toucher vaginal. Elle se plaignait d'accidents que j'attribuai, avant l'examen direct, à une déviation utérine. Plusieurs médecins l'avaient examinée, et n'avaient pas constaté de déplacement ; aussi, n'avait-on pas jugé à propos d'appliquer un pessaire. La malade passait pour être nerveuse et la médication ne s'était adressée qu'au nervosisme. Je touchai cette femme couchée, je la touchai debout, il me fut impossible de constater le plus léger déplacement. Toutefois, les symptômes accusés par la malade étaient si nets, que je n'hésitai pas à appliquer un anneau. Après l'application, il me sembla que le col était un peu plus élevé qu'auparavant, mais je n'aurais pu l'affirmer. Quoi qu'il en soit, l'anneau soulagea immédiatement la malade et le diagnostic de prolapsus utérin posé rétrospectivement n'en était pas moins exact.

Traitement. — Le traitement des déviations utérines par l'application du pessaire est le seul dont je veuille m'occuper; aussi bien, les procédés chirurgicaux pour la cure radicale de ces affections sont avec raison, je crois, à peu près abandonnés aujourd'hui. D'ailleurs, si le pessaire n'est qu'un moyen palliatif, ce moyen peut être tellement parfait que le déplacement utérin n'existe pour ainsi dire plus. Je compare un pessaire convenable au bandage pour la hernie inguinale: si celui-ci est bien fait, bien appliqué, bien maintenu, on n'a à craindre aucun des accidents consécutifs à une hernie non réduite ou mal réduite; encore, le bandage cause-t-il de la gêne, et faut-il une longue habitude pour que sa présence passe inaperçue.

Il n'en est pas de même de certains pessaires, qui ont ceci de particulier; que les femmes qui les portent ne les sentent pas, et que tout le temps qu'ils restent appliqués, l'utérus est parfaitement maintenu en place.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue tous les pessaires qui ont été successivement employés jusqu'ici. Tous présentent de sérieux avantages, tous ont des inconvénients avec lesquels il faut compter. Je ne parlerai que du pessaire de Marion Sims et de Meigs, modifié par mon maître, M. Dumontpallier, qui en a fait l'instrument le plus efficace que je connaisse. Lorsqu'une fois on a eu cet anneau entre les mains, lorsqu'une fois en l'a appliqué, on est frappé de la simplicité de l'appareil en même temps que de sa puissance. Je crois qu'aucun pessaire ne présente d'aussi grands avantages, aucun, aussi peu d'inconvénients. Ce sont ces avantages que je veux

mettre en lumière, persuadé que cet anneau est destiné à rendre les plus grands services, dans les affections les plus douloureuses, les plus gênantes, et aussi les plus communes dont les femmes puissent être atteintes.

Ce pessaire-anneau est composé de plusieurs spirales d'un ressort de montre très-souple et très-élastique, dont les extrémités sont retenues par un fil métallique circulaire, lequel permet un certain jeu aux deux extrémités du ressort; de plus les tours de spirales, au milieu de leur course, sont maintenues dans la même place par un petit anneau mobile qui laisse à chaque spirale son indépendance. De la sorte, on a un anneau d'une très-grande souplesse et qui, quelle que forme qu'on lui donne par la pression, revient toujours à sa forme circulaire primitive. Il résulte de cette disposition que l'anneau peut être introduit avec la plus grande facilité, différant en cela des pessaires rigides circulaires ou ovalaires qui exigent de la part du chirurgien une certaine violence exercée à la vulve, au moment de leur introduction. Lorsque l'anneau-pessaire a été mis en place, sa souplesse lui permet de se modeler sur les parties avec lesquelles il est en rapport. Il ne peut donc être une cause de gêne pour le rectum ou pour le bas-fond de la vessie. La souplesse de cet anneau lui permet aussi de changer passagèrement de forme, sur l'un ou sur l'autre des points de sa circonférence; mais, son élasticité lui rend sa forme circulaire, aussitôt que la pression périphérique a disparu. Cette extrême élasticité ne nuit en rien à la solidité de l'appareil, lequel maintient la matrice dans ses rapports

normaux, tout en laissant à l'organe sa mobilité physiologique (1).

Cet appareil ne porte pas, comme la plupart des pessaires, son action sur le col de la matrice ; il ne le comprime pas et ne peut être, par conséquent, la cause de douleurs plus ou moins vives. Le col utérin reste parfaitement libre dans l'aire de l'anneau, et ce dernier n'est en rapport direct qu'avec les culs de sac. Il ne peut pas comprimer davantage la vessie sur les pubis, ou le rectum sur la concavité du sacrum, car, il ne prend ses points d'appui que sur les parties molles du bassin, et en devenant une tige circulaire de réflexion pour les parois antérieure et postérieure du bassin. Il est si peu une cause de compression, que s'il existe des troubles du côté de la vessie ou du rectum avant l'application de l'anneau, ces troubles disparaissent instantanément dès qu'il est appliqué.

La présence de cet anneau ne gêne en aucune façon les malades qui le portent : s'il est senti, c'est qu'il est trop grand : il remplira mal le rôle qu'il doit jouer ; il faut le remplacer par un autre d'un moindre diamètre. Il peut être maintenu en place, sans inconvénient, plusieurs semaines et plusieurs mois ; j'ai vu pour ma part, une femme qui en portait un depuis deux ans, sans en éprouver la moindre gêne. D'ailleurs, il suffit de rappeler que Hodge, Meigs, Gairal et Marion Sims ont conseillé, avec succès, contre la stérilité des femmes le maintien permanent de leurs pessaires : ce qui prouve que ces appareils spéciaux ne s'opposent en rien à aucune des fonctions de la femme. Si les ma-

(1) Leçons faites à l'hôpital de la Pitié, par M. le docteur Dumontpallier 1877.

lades, atteintes de déviations utérines, deviennent grosses, la présence de l'anneau n'est pas un obstacle au développement de l'utérus : il suffit de l'enlever lorsque cet organe prend ses points d'appui sur le détroit supérieur, c'est-à-dire, vers le quatrième ou cinquième mois.

Il n'est pas davantage cause d'avortement. Le vieil accoucheur Mauriceau n'a jamais remarqué que ses pessaires, qu'il laissait appliqués jusque vers le milieu de la grossesse, eussent amené un désordre quelconque dans le développement physiologique de l'utérus gravide.

Enfin, si elles le désirent, les femmes peuvent retirer elles-mêmes l'anneau, et le remettre avec la plus grande facilité, ce qui est absolument impossible avec les autres pessaires. Mais, je le répète, il peut rester en place indéfiniment, et leur situation de femmes mariées n'impose aux malades aucune préoccupation en ce qui concerne sa présence.

Le seul inconvénient qu'on puisse reprocher à cet appareil, c'est d'entretenir pendant un certain temps une lencorrhée légère ; cet inconvénient d'ailleurs est le même pour tous les pessaires. Des injections journalières suffisent pour diminuer cette hypersécrétion et la faire disparaître rapidement.

Quelquefois il arrive, sous l'action d'un effort soutenu et lorsque le périnée a perdu toute résistance, que l'arc antérieur de l'anneau se présente au-dessus de l'arcade pubienne, puis l'anneau tout entier franchit la vulve et tombe. C'est surtout dans le cas de prolapsus au troisième degré avec cystocèle et rectocèle que ce fait se produit. Mais M. Dumontpallier a ajouté à son

anneau une tige métallique fixée solidement, d'une part, sur l'arc antérieur du pessaire, et d'autre part, à une armature maintenue sur la région sus-pubienne par une ceinture qui passe au-dessus des hanches et autour des reins ; des sous-cuisses empêchent l'appareil de remonter. Par cette simple modification, l'anneau est solidement fixé dans les culs de sac du vagin, et la hernie utérine ne peut plus se reproduire.

Tel est l'appareil si simple qui constitue le traitement le plus efficace des déviations utérines et du prolapsus utérin. Je l'ai vu appliquer journellement pendant plusieurs années à l'hôpital de la Pitié ; je l'ai appliqué moi-même un certain nombre de fois, et le soulagement immédiat qu'il apporte dans l'état des malades, le sentiment de bien-être qu'éprouvent tout d'un coup les femmes qui depuis longtemps sont sujettes aux accidents les plus variés et quelquefois les plus graves, disent assez quel grand progrès a été réalisé, le jour où cet anneau est entré dans la thérapeutique des affections utérines.

CONCLUSION.

Me voici arrivé au terme de la tâche que je me suis imposée. Si je n'ai pas fait œuvre de savant, du moins j'ai employé tous mes efforts pour signaler à l'attention de ceux qui voudront bien me lire, non pas seulement des faits qui sont depuis longtemps du domaine de l'observation journalière, mais encore des accidents qu'il est bon que l'on connaisse, et surtout que l'on rattache à leurs véritables causes. Les phénomènes réflexes symptomatiques des déviations utérines, si l'on se donne la peine de les rechercher, n'échapperont pas à l'attention de l'observateur. Et, dès qu'on les aura reconnus, on saura que ce n'est pas à l'arsenal si infidèle de la thérapeutique nerveuse, qu'il faut recourir pour les voir disparaître. En même temps que l'on aura fait œuvre de bon médecin, on aura rendu à un grand nombre de femmes, dont la vie est devenue intolérable, la force physique et le calme moral qui leur sont si nécessaires pour s'acquitter des fonctions que la nature les a chargées d'accomplir.

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction	7
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Anatomie du petit bassin.</i>	
Versions et flexions utérines.....	12
Innervation de l'utérus.....	15
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Symptomatologie.</i>	
SECTION I. — Action des déviations utérines sur les organes voisins ou symptômes directs....	18
CHAPITRE I. — Action sur la vessie.....	19
Observation.....	20
CHAPITRE II. Action sur le rectum.....	23
CHAPITRE III. — Action sur le plexus sacré....	25
Névralgie sciatique.....	26
Observation	27
Observation	28
CHAPITRE IV. — Etat de l'utérus.....	29
SECTION II. — Action des déviations utérines sur le système nerveux ou symptômes réflexes...	31
CHAPITRE I.....	31
CHAPITRE II. — Des phénomènes réflexes en général.....	35
CHAPITRE III. — Des phénomènes réflexes symp- tomatiques des déviations utérines.....	43
PARAGRAPHE I. — Névralgies.....	43
Névralgie iléo-lombaire.....	43
Observation	44
Névralgie intercostale.....	45
Névralgie faciale.....	46
Observation	47
Observation	48
Observation	48

PARAGRAPHE II. — Paralysies.	
Paraplégie	49
Observation	50
Observation	51
Observation	51
Paralysies partielles	52
Paralysie de la vessie et du rectum	52
Observation	53
PARAGRAPHE III. — Contractures. Convulsions	
épileptiformes	54
Observation	54
PARAGRAPHE IV. — De quelques autres accidents	
observés dans les déviations utérines	55
Observation	56
Observation	57
CHAPITRE IV. — Interprétation des phénomènes	
sympathiques observés dans la grossesse	59
Observation	62
TROISIÈME PARTIE. — Etiologie — Diagnostic et	
traitement des déviations utérines	64
Etiologie	64
Diagnostic	67
Observation	68
Traitement	69
Conclusion	75
Questions	79



QUESTIONS

Sur les diverses branches des sciences médicales.

Anatomie et histologie normales. — Idée générale du squelette.

Pysiologie. — De la menstruation.

Physique. — Action de la pesanteur sur les corps. Centre de gravité — application au corps de l'homme.

Chimie. — De l'oxygène et du soufre ; leurs propriétés caractéristiques et leurs modifications (ozone soufre mou).

Histoire Naturelle. — Quelles sont les divisions du règne animal.

Pathologie externe. — De l'anévrisme artério-veineux.

Pathologie interne. — Du rhumatisme noueux.

Pathologie générale. — Des épidémies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la dégénération de la substance grise de la moelle épinière.

Médecine Opératoire. — Des appareils inamovibles et de leur mode d'application.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par pulpes ? Comment les prépare-t-on ? Quelles sont celles employées en médecine ?

Thérapeutique. — De l'expectation dans la maladie.

Hygiène. — Hygiène des nouveau-nés.

Médecine légale. — De la méthode de Stas pour la recherche des alcaloïdes.

Accouchements. — De la tête du fœtus à terme.

VU BON A IMPRIMER,

Le président,

BENJAMIN BALL,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

